Eina kartą per menesį | 1922 m. | III METAI.

Gegužės mėnuo.

# MEDICINA

LAIKRAŠTIS, PASKIRTAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS:

## Nr. 5

TURINYS:


| | Pusl. |
|---|---|
| **Dr. K. Grinius** (Kaune). Medicinos ir higienos žinių populiarizacija lietuvių tarpe | 241 |
| **Dr. Zeller** (Šiauliuose). Priedas parenteralei sieros terapijai | 246 |
| **Prof. dr. med. P. Avižonis**. Herpes zoster ophtalmicus | 249 |
| **Dr. P. Rėklaitis** (Kaune) Rhinitis pseudo-membranacea acuta scarlatinosa | 255 |
| **Dr. B. Zacharinas** (Tauragėje). Mūsų ištiesimo ir iškrovimo aparatas | 258 |
| **Stud. A. Jurgelionis** (Paryžiuje). Deliai maliarijos Lietuvoje | 260 |
| **Dr. A. J. Karalius** (Chicagoje). Venerinių ligų naikinimas | 264 |
| **Dr. J. Žemgulys** (Kaune). Steinach'o pajauninimo operacija | 266 |
| Europos Sanitarinėj Konferencijoje Varšuvoje 1922 m. kovo m. 20—28 d. priimtos rezoliucijos | 275 |
| **Dr. med. J. Mackevičaitė** (Berlyne). Vėžys ir piktieji navikai apskritai naujų patyrimų šviesoje | 280 |
| **Dr. J. Žemgulys** (Kaune). Anksty-ba apendicito operacija kitur ir pas mus | 281 |
| Referatai (patologija, chirurgija, rentgenologija, akušerija ir ginekologija, vidurių ligos, otorinolaringologija, odos ir venerinės ligos. Bibliografija) | 290 |
| Iš Kauno Medicinos Draugijos (posėdis VI. 1) | 301 |
| Iš ligoninių apyskaitų | 302 |
| Kronika | 303 |


LEIDŽIA: Gydytojų sekcija prie Lietuvių Mokslo Draugijos ir Kauno Medicinos Dr-ja.

Redaktorius D-ras J. Žemgulys.

Lėšos: K. M. D. Fondo medicinos raštams leisti.

Redakcijos ir Administracijos adresas: KAUNO LIGONINĖ KAUNE.

SKELBIMŲ KAINA: 10 auks. už eilutę.

PRENUMERATOS KAINA: metams 300 auks., pusei m. 150 a.

Atskiro numerio kaina 30 auks.

# Odos skiepai Original Ponndorf.

1. Senasis ir naujasai tuberkulinas yra tik dalys tuberkuliozo antigeno komplekso.
2. Tuo tarpu odos skiepai A (tuberkuliozui) ir B (maišytai infekcijai) apima visus specifinius antigenus bendrai; B yra dar įturtintas specifiniais maišytais antigenais.
3. Nepavojingas skiepymas visų sveikų antigenų į odą yra galimas vien tik Ponndorf'o odos metodos pagalba.
4. Efektas nuo senojo tuberkulino eina ūmai, odos skiepai patikrina ilgesnį veikimą nekenkiant.

**Dozavimas:**
**vienas kapiliaras vienam skiepymui. Literatūra ir įvada dykai.**

## Sächsisches Serumwerk, Dresden.

Generalinis sandėlis Lietuvai:
**E. P. Schneebach'as, Kaunas, Mickevičiaus gatvė 3.**

# MEDICINA

laikraštis, paskirtas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

III metai | 1922 m. Geugžės mėnuo | Nr. 5

## Medicinos ir higienos žinių populiarizacija lietuvių tarpe [1]).

Dr. K. Grinius (Kaune).

Prieš prasiplatinant spaudos žodžiui, medicinos žinių lietuviai turėjo taip vadinamoj liaudies medicinoje.

Tų žinių iki šiol beveik darįniekas pas mus nesurinko ir nepaskelbė. Šiek tiek tos rūšies medžiagos guli Vilniaus Lietuvių Mokslo Draugijos archive.

Kokių medicinos žinių populiarizatorių būta ir beesama pas lietuvius, galima sužinot iš kun. kan. J. Tūmo straipsnio. „Kalbamieji Žmonės" (Švietimo Darbas 1921 m. Nr. 3—4 ir Nr. 5—6). Jie vadinasi: žyniai, žavėtojai, burtininkai, monelninkai, raganos, raganiai, svieto pereigos, nužadėtojai, šeptūnai ir kitais vardais vadinami patarėjai. Reikia priminti, kad liaudies medicinos didelė dalis yra daugeliui tautų bendra. Kai kurios jos praktikos vartojama taip pas lietuvius, taip pas slavus, germanus ir pas senovės tautas (grekus, ašurus, žydus).

Kaip kitų tautų, taip ir lietuvių liaudies medicinos žinyne tarpe šiūkšlių yra nemaža naudingų sveikatos užlaikymui įpročių, patarimų ir prietarų. Prietaras, anot kan. J. Tūmo, paeina nuo žodžio pritirti; tat būtų tai prityrimo išvados, padarytos iš ilgų metų pastebėjimų, Tas žodis dabar yra kiek sukompromituotas. Mat ir žodžiams emansipacija ne visuomet jų naudon išeina.

Negalima sakyt, kad liaudies prietarai visada sveikatai būtų absoliučiai blogi. Kai kurie jų net daro žymios naudos žmonių sveikatos užlaikymui.

Štai senas lietuvių paprotys, kuris galima ir prietaru pavadinti — prie vandens versmių (šaltinių) ir upelių kryžiai ir Šv. Jono stovylos daugiausia pakeliais statyti. Juk tai tikriausias esamomis aplinkybėmis apsaugojimas vandens nuo užteršimo: niekam neateis galvon prie kryžiaus ar šventojo stovylos dasileist kokio nešvarumo.

Kitas prietaras, kuriuo manoma, kad akių vokų miežys (hordeolon) tai yra pabauda už nešvarumą, padaryta take. Baimė, kad taip neatsitiktų taip pat apsaugoja takus ir kelelius nuo nešvarumo.

[1]) Pranešta pirmam Lietuvos gydytojų suvažiavime Kaune I. XI. 21.

Štai dar pavyzdys gero prietaro įtakos į kūdikių gyvybės palaikymą.

Muamedonų įpročiais privaloma motinai kūdikis maitinti per 30 mėnesių — 10 mėnesių savo viduriuose ir 20 mėnesių krūtimis. Čia kalbama apie 28 dienų arba apie mėnulio mėnesius. Jei motina dėliai kokios nors priežasties nustoja kūdikį žindžius ankščiau ir kūdikis numiršta nesulaukęs 20 mėnesių, tai jis turi teisę iš ano pasaulio ateiti prie motinos krūčių ir pasiimti kas jam pridera.

Tasai prietaras nepaisant didelio rytų šalių gyventojų vargingumo, tingumo ir nešvarumo, padaro tai, jogei Turkų, Persų, Arabų, Kaukaziečių-kalniečių vaikų mirtingumas bent pirmais amžiaus metais konkuruoja *in minus* su kultūringomis Europos ir Amerikos šalimis.

Naudingą prietarų galybę dar parodo Žano Žores'o [1]) šis paimtas iš Mezerio pasakojimas:

Vestfalijoje buvę laikai, kada visos baudžiauninkų pareigos buvusios surašytos akmeninėje lentoje, kuri buvo padėta už bažnyčios altoriaus. Ta lenta pražuvusi ir anos pareigos reguliuojamos buvo pripratimo teisių. Baudžiauninkai tolydžio drebėdavę, kad mažiausias nusileidimas dvarininkui arba neatsargumas iš jų pusės nepasiliktų precedentu dvarininko teisėms padidinti.

Vieną kartą dvarininko sūnus prašęs baudžiauninko dukters pasibučiuot. Ji matomai jau buvo besutinkanti, tik jos motina staiga sušukusi: nebučiuok jo, nes jie pavers tai duokle! — Baudžiauninkų susirinkimas tam tyčia sukviestas nutarė: mergaitė tik tada gali pabučiuot tą ponaitį, jeigu bus sugrąžinta anoji akmeninė lenta.

Kaikuriose Vestfalijos vietose laikytasi prietaro, jog baudžiauninko nusileidimas ponui užtraukdavęs jo (baudžiauninko) namams naktimis negyvėlių ir baidyklių apsilankymą. „Toksai laimingas prietaras rašo Mezer, geriau apgindavo baudžiauninkų teises nuo jų pačių silpnybės, negu įstatymai".

Kitas higienos žinių liaudyje platintojas tai tikyba ir kunigai. Jau lankymasis bažnyčiose, kaip ir kiti vieši žmonių susirinkimai, pats iš savęs verčia žmones prie pasigražinimo, apsivalymo ir taip tariant higieniškesnio laikymosi.

Ne be įntakos į liaudies higieną pasilieka pasninkai ir tikybinė lyties dalykų reguliacija, sulig mokslo *Theologiae Moralis*. Tiesa, kitos tikybos, kaip žydų, muamedonų, konfusų, turi dar smulkesnių higienos taisyklių. Bet ir krikščionių tikybose randame nemažą sutaikomų su higienos mokslu įsakymų ir priemonių.

Tarp higienos žinių platintojų liaudyje negali užmiršti ir valdžios organų veikimo. Šulinių priežiūra, privalomi įsakymai

[1]) Žan Žores. Političeskija i socjalnyja idei Europy i Velikaja Revoliucija. Perevod s franc. Vl Iv. Isaeva Iv. J. Blocha. T. I. SPB. 1906 p. 59.

cholerai ar kitai kokiai epidemijai atsiradus, rauplių skiepymas ir kitokios higienos srytyje priemonės nepasilieka be žymės liaudies medinos žinių rinkinyje. Štai liūdymas kan. Čerskio [1]), kad jau prieš 100 metų žemaičiai buvę „bardzo dobrze przekonani o korzyści ze szczepienia ospy", (p. 18) kada dar knygelių apie tai nebūta. Vokietijoj kai kur gyventojai valdžios įsakymais buvo priversti ne vien higienos taisyklių laikytis, bet ir bulves sodinti ir dobilus sėti.

Mokyklos rolė pas mus higienos srityje buvo mažesnė, neg iš tikrųjų galėjo būti, nes patys mokytojai pirmiau higienos žiniomis nedaug kuom nuo liaudies skyrėsi. Ir dabar tik manoma dar apie kai kurias higienos žinioms skleisti per mokyklas priemones. Juk retai kur mūsų mokyklose pamatysi praustuvus, spiaudykles. Gydytojų priežiūra tik žadama dar.

Mūsų inteligentijos įtaka į liaudies higienos žinyną nedidelė buvo. Nei dvarininkai, nei valdininkai, daugiausiai svetimos (lenkų, rusų, vokiečių, žydų) kultūros žmonės, atskirti nuo liaudies, nedaug tegalėjo suteikti jai ir medicinos žinių. Bet, žinoma, ir iš šios pusės šis tas liaudžiai teko. Čia nekalbame apie paskutines mūsų renesanso 4—5 dešimtis metų, kada atsirado iš pačios liaudies inteligentija, kuri ir gyvu žodžiu, ir pavyzdžiais ir spaudiniais ėmė sparčiau veikti į minias.

Taigi iki spaudos žodžiui plačiau po mūsų minias praplintant, svarbiausi faktai medicinos žinioms platinti ir palaikyti buvo — tradicinė liaudies medicina, su kaikuriais prietarais, bažnyčia, valdžia, mokykla, vietos inteligentija.

Spaudos žodžio veikimas šioj srityje visai dar neilgas pas lietuvius.

Jeigu skaityt, kad pirmutinė lietuvių kalba spausdinta knyga pasirodė 1533 metais, tai už 12 metų turėsime 400 metų spaudos veikimo tarpe lietuvių.

Pirmutinė lietuvių knyga, kuri, rodos, kalba apie žmogaus sveikatos reikalus, pagal S. Baltromatį, išėjo 1782 metais ir turėjo vardą: *Hasselberg. Pamokinimas apie užauginima vaiku. Isz wokiszkos į lietuwiszka kalba pergulde Lowinas Krisionas.* Tai buvo 263-čią iš eilės pagal S. Baltramaitį knyga visų pasirodžiusių lietuvių spausdinių. Del to 1848 m. pasirodžiusi *Kaune pas M. Zymelowicze* knygelė vardu: *Regulas diel skarbawu žmoniu kayp sawi reik užlajkiti nug choleros* jau neabejotinai užsiima sveikatos reikalais.

Toliau pamažu medicinos spaudinių skaičius didėjo, ir per 340 metų, nuo 1533 iki 1903 m., buvo išleista tos rūšies knygučių (iš 2665), arba apie 1% visų ik to laiko spaudinių. Kas užsiiminėjo medicinos žinių populiarizacija?

Minėjome, kad iki 1848 m., iki pasirodymo *Regulu*, medicinos spaudinių beveik nebūta pas mus. Tiesa, Ivinskio kalen-

[1]) Spis Żmudzkiej Dyecezyj przez kan. ketedr. St. Czerskiego Wilno 1832.

doriuose (1846—1862) spausdinosi medicinos straipsnių — *gidimas žmogaus nekuriu ligu ir gidimas nekuriu ligu givoliu.* Nuo šio laiko ima rodytis ir kitų kalendorių ir laikraščių (Kuršaičio „Keleivis" nuo 1849 m.), kur spausdinosi šis tas iš populiarės medicinos, bet tik „Aušros" metais 1883 atsiranda vėl nauja medicinos knygelė, vadinama *Ligoniu Prietelius*, išleista Leipcige pas Ristery (Baltramaitis, Nr. 1226). Tik nuo „Aušros" laikų ir šioj srityje pasirodo didesnis judėjimas. Išeina darbuotis dr. J. Basanavičius, inž. P. Vileišis, Varšuvos ir Maskvos studentų draugijos, dr. A. Vileišis, Amerikos Tėvynės Mylėtojų Draugija.

Nuo „Aušros" pradžios iki atgavimo spaudos (1883—1904) atspausdinta užsienyj apie 30 medicinos knygelių ir straipsnių eilė.

Naujas etapas medicinos populiarizacijoms atsirado spaudai persikėlus į Didžiąją Lietuvą ir iki karo pradžiai (1904—1914). Šios rūšies spaudinių tada žymiai padidėjo. 1909 metais ėmė eiti prie „Lietuvos Ūkininko" specialis medicinos žinioms populiarizuoti laikraštis **Sveikata** (1909,—10,—11,—12,—13,—14,— ir — 20,—1921 m.).

Kartu su tuo medicinos knygelių išleista dar laikraščių redakcijų — „Vilniaus Žinių", Seinų „Šaltinio", „Vilties" ir kt.

Ne visai bergždžiais medicinos leidiniams pasirodė net didžiojo karo metai, nes Maskvos Studentų energija 1915 m. buvo išleista Vilniuje pas Kuktą apie 17 medicinos brošiūrų, verstų iš piragovo draugijos populiarių leidinių. Tuom pačiu laikotarpiu keletas medicinos knygučių išėjo Amerikoje.

Nauja era medicinos spaudiniams atsivėrė Lietuvos nepriklausomai valstybei susikūrus. Privatė iniciativa, tiesa, apsilpstadelto medicinos knygučių leidžiama V. R. M. Sveikatos Departamento ir Kr. Aps. D. Švietimo ir sanitarijos skyrių. (1919—1921 m.) Be to pasirodo pirmutiniai nedrąsūs mūsų savivaldybių žingsniai. Šiaulių apskrities savivaldybės išleista dvi daktaro P. Avižonio brošiūros.

Tokiu būdu matome, kad medicinos žinių spaudos žodžiu populiarizacija pergyveno pas mus keletą etapų.

Pirmutinis etapas priešaušrinis, iki 1883 m. (apie 40 m.) pasižymi tik dviejeto brošiūrų ir keletos straipsnių išleidimu.

Antrasis etapas, spaudos uždraudimo metais (1883—1904), apie 20 metų, išsiskiria nuo pirmojo žymių spaudinių padaugėjimu.

Trečiasis etapas nuo spaudos atgavimo iki Lietuvos valstybės susikūrimo apsireiškė didele privačios iniciatives energija.

Ketvirtasis nuo Lietuvos nepriklausomybės ir toliau skiriasi spaudinių padaugėjimu, tik daugiausiai ne iš privačios, bet iš valstybinės iniciatyvos.

Suskaitęs, kiek galima buvo, aš radau, kad ik 1921 m. pabaigos lietuvių kalba atspausdinta apie 120 atskirų medicinos populiarizacijų, neimant domėn netikusių arba šlamšto.

Klausimas, ar daro tie visi leidiniai į žmonių nusistatymą įtakos?

Į suaugusį žmogų, kurio įpratimai yra jau nusistovėję, tiek gyvas, tiek spaudos žodis, reikia pripažinti, didelės ir ilgos įtakos nedaro. Tūkstantis metų tolydinio kalimo iš bažnyčių: „nevogk, negeisk svetimos moters ir nei jokio daikto, kurie artimo yra" — rodos, nedaug ką pagelbėjo savasties principo sustiprinimui. Žmonės gerai progai pasitaikius tuos principus laužo. Laukti, kad ir medicinos populiarizacijos padarytų greito efekto į minias, negalima. Tik pamažu ir be atvangos veikdami galime tikėtis pergalėsią liaudies inerciją. Neatsimenu, keno tai apskaityta, kad paprasčiausia nekomplikuota nauja idėja kiek stipriau įsigyvendina miniose tik maž daug per 15 metų ir tai gerai propogandai esant. Pati gamta savo tikslams pasiekti bergždžiai, taip tariant rizikai, aikvoja begalę jėgą. Miliardai žiedų dulkelių veltui prapuola. Spermatozoidų milijonai žūva iki apsivaisina vienas patelės kiaušelis. Taip ir mūsų populiarizatorių daug darbų ir pastangų turės be reikalo pranykti. Atsimenant gamtos praktikos, reikia pripažinti, kad tų pastangų per maža pas mus dar daroma.

O kas galima būtų gydytojams dar daryti, kad daugiau paskleidus žmonėse medicinos ir higienos žinių?

Patogiausia sėkla ten sėti, kur ji geriausia prisiima. Jaunas protas labiausiai yra naujoms idėjoms palinkęs. Tat ir su mūsų populiarizacijomis reiktų kreiptis pirmiausia į jaunuolius, į mokyklas. Bet sena rutina prie mokyklos gydytojo dar, kaip reikiant, nėra prisileidusi. Tiktai naujame dar St. Seimo nelegalizuotame pradedamųjų mokyklų įstatyme pirmą kart projektuojame įvesti rajonų mokyklų gydytojai. Pačioj Švietimo Ministerijoj mokyklų higienos skyriaus nė sumanymo dar negirdėti. Higienos mokslas kaip vidurinėse, taip aukštesniose mokyklose, labai maža vietos teužima. Čia gydytojus tik ateityje laukia nemažas darbas sveikoms medicinos žinioms skleisti.

Per maža higienos klausimais užsiiminėja kita visuomenės pajėga kunigija. Delto turbūt kunigai nedaug tuomi besirūpina, kad gimnazijose, seminarijose, akademijose menkai higienos mokslo jie patys yra įgiję.

Reikia prisipažinti, kad kaip atskiri gydytojai, taip ir ju draugijos iki šiol higienos ir medicinos žinių būtų galėję daugiau paskleisti.

Ar mes gydytojai stengiamies dalinti tinkamas brošiūras, plakatus ligoniams, gimusių kūdikių tėvams ir kitiems interesuotiems asmenims? Ar daug mūsų padaryta tos srities viešų paskaitų? Ar randame kokią organizaciją, kuri užsiiminėtų tuomi? Ar išnaudota tam reikalui ambulatorijos parodos, skaityklos, vitrinos? Ar turime nors pradžią higienos muzėjaus? Kodel nesinaudojama dar tam dalykui kinematografais? O kur pieno lašai, ligoniams patronatai, prieglaudos, tuberkuliozinių globa, motiny-

bės kursai ir kitokios šviesesnėse šalyse jau praktikuojamos įstaigos? Tai vis gali būti puikiu įrankiu higienos žinioms skleiti.

Baigiu. Iki šiol lietuvių higienos žvilgsniu gyventa daugiau instinktu, negu mokslo žiniomis. Šalys, kurios daugiau vaduojas, ir sveikatos reikaluose moslo daviniais, mus yra toli pralenkusios ir pasiekusios mažo mirtingumo ir ilgų metų produktingo žmogaus darbo. Mes turime su tomis tautomis susilyginti. Daug davinių yra, kad mes tai padaryti pajėgsime. Ir šitas taip gausingas gydytojų suvažiavimas rodo, kad inercijos perijodas ir pas mus praeina, tveriasi stiprus gydytojų kolektivas, kuris ir medicinos žinių populiarizacijos srityj ne-iduos kitoms visuomenės dalims pralenkti.

Priedas — lietuvių kalba išėjusių nuo pradžios tautos atgijimo (renesanso) knygų sąrašas.

(Bus daugiau).

## Priedas parenteralei sieros terapijai.

**Dr. Zeller** (Šiauliuose).

Kievienam gydytojui tenka savo praktikoje vartoti sierą daugiausia tiktai odos ligoms, nes tuomet ji savo idžuvinančią, prieš karštį veikiančia ir ragą skiedžiančia jėga gali gerų išdavų suteikti. Vidun priėmus, (kas dabar retai daroma) ji veikia, kaip švelnas laxans. Sumaišyta su alkolinu ir antimonu siera tinka expectorans žmonėms ir gyvuliams gydyti, sekmingai naudojasi sieros maudyklėmis sergantieji chroninėmis ligomis (reumatizmas, plaučių slunktas (sloga), nusinuodyjimas gyvuoju sidabru ir švinu Sieros farmakologija turėjo ligi šios dienos tą ydą, kad ji nerodė veikimo sveikame žmoguje ir, kad be maž negalėjo būti rezorbuojama. Nors homeopatai ir biologinio prado (Arndt — Schulz) pasekėjai turi visą sieros literatūrą, bet farmakologija nežinojo kas su ja daryti. Tiktai, kai prancūzai Bory, Delahaye ir Pilot išmokino parenteralės sieros injekcijos, padaryta tolimesnė pažanga. Susekta, kad siera veikia į sąnarių ir odos ligas. Dar nežinodamas tos literatūros aš jau bandžiau sieros injekciją ir galėjau patvirtinti aukščiau minėtus rezultatus, iš dalies net išrasti naujų išdavų. Pats išbandęs įvairias sieros tirpdymo priemones, aš dabar vartoju skiedinį Delahaye ir Pilot (Sulf. depur: 1 gr. + ol. oliv. 100 gr.). Siera išsileidžia tiktai dalinai, aš gi tevartoju injekcijai tik skaidrų išsileidusios sieros skystimą, nesutalaskuotu ankščiau. Į tą skystimą įeina daugiausia $^1/_5$ pridėtos sieros. Injekcijos doza = 2 — 10 ccm. Ol. sulf.

1) Vartojimas sergantiems Arthritis deformoms. Injekcijų buvo daroma sunkiais ir lengvais atsitikimais. Vienas taip sunkiai sirgo, kad buvo štyvas kaip medis. Visi maži ir dideli sąnariai nebejudėjo išskiriant smakrą ir kai kuriuos falangų sąnarius; jį reikėjo penėti. Visos tos priemonės buvo vartotos, bet be gerų vaisių. Keturios injekcijos 2, 3, 5, 5 cc ol. sulf. 5 dienų laiko-

tarpiais veikia į ligonį taip, kad jisai pats galėjo vėl valgyti sėdėti net siūti; kitam padedant jis galėjo vargiai vaikščioti, kadangi raumenys per ilgą gulėjimo laiką visai buvo suatrofavę. Bet be maž visi sąnariai tapo maž daug liauni. Daugely kitų Arthzitis deformans atsitikimų buvo pasiekta tų pačių rezultatų. Istorijos davinių nereikalinga, kadangi panašūs nuotikiai jau aprašyti Meyer — Bisch'o (Münch. Med 1921 m. 516). Griežtai galima tvirtinti, kad ligoje Polyarthritis rheumatica acuta ir josios kroninėse lytyse, septiniuose Arthrityduose gerų rezultatų pasiekti negalima. Čia veikia geriausiai baltimo — proteinų kūnų terapija (pienas, kazeozanas) Arthritis chronica sąnariams ištinus, gali būti sekmingai gydoma tiktai kombinuotu sieros — pieno vartojimu. Kad parėmus išdavas Arthritis deformans ilgainiui vartotinos, yra žinomos, dar paprastos priemones (masažas, tepimas, šilima, pasingi ir aktingi sąnarių judėsiai.

2) Vartojimas širdies ligoms. Ligoninės slaugytoją, sergančią Psoriasis vulgaris bandžiau per 4 metus išgydyti nuo tos, jos išvaizdai kenkiančios ligos. Vis gi teko pastebėti recidyvas arba nematyti jokios atmainos. Paprašius jai vartoti naujų priemonių, padariau 3 injekcijas 2, 5, 5 ccm. ol. sulf, po kurių išbėrimas žūvo ir daugiau nebepasirodė. Ir kiti ligoniai. Psoriasis, sergą ligoniai gydomi siera, arba visai pasveiko arba pagerėjo t. y. neatkrito, ypačiai jeigu gydant buvo dar vartojama kaip išorinės priemonės. Chrysarobinas, lignolinas. Siera precipitata. Ir taip kar ais labai ilgai laukiamas išgydymas tapo daug trumpesnis. Presse medicalė 1921 Nr. 41, Pautrier aprašė panašų gydymo būdą siera su tokiais pat rezultatais.

3) Oleum sulf. — širdies vaistas. Nagrinėjant aštrias limpamąsias ligas pastebėta, kad silpnas, beveik nejaučiamas, labai pagreitintas pulsas po sieros injekcijos tapo stipresnis, parodė geresnį ir ilgesnį veikimą negu injekcija Ol. camph. Bamdymų išdavomis konstatuota, kad 2 ccm. kamfaro veikė 2 — 3 val., 2 ccm. gi sieros visai dienai. Labiausiai pastebimų vaisių gavau aštriam Peritonitis. Filiforminis, dažnai nejaučiamas pulsas tapo įtemptas ir pilnas. Lengva suprasti, kad tokiais atsitikimais siera veikė į indelius, nes kroninės puliuojančios žaizdos, kurios be maž negyvos buvo, įgyjo po sieros injekcijos gryną išvaizdą ir parodė kraują. Panašių atsitikimų aš mačiau ankščiau, padarius fosforo injekciją. Bet neleistina kiekvienam kraujo cirkuliacijos silpnumui, ypač dėmėtosioms šiltinėms, vartoti sieros injekcijų; pavyzd. širdies silpnumas 10 — 14 dieną karščiui kilus dažnai nepareina vien nuo raumenų degeneracijos, bet daugiausia nuo erzinimo arba stabo centre medula oblangata širdžiai ir kvėpavimui, kas galima dažnai konstatuoti, sekant kvėpavimo bangas. Jei čia laiku padaryti lumbalę punkciją, tai daugelyje atsitikimų galima tuojau pastebėti širdies veikimo pagerinimas, tuo tarpu kai ankščiau visi širdies vaistai neduodavo jokių sekmių. Tačiau patariama, esant tamsiai —

raudonam arba per anksti nykstančiam exanthem'ui sunkiais atsitikimais tarp 6 ir 10 dienų įduoti sieros (2 ccm.). Silpnas pulsas gerėja, exanthem'as įgyja vėl normalę išvaizdą, ir savijauta eina geryn. Mokėdami taip pritaikinti sierą, mums nebereikia ieškoti petechinio exanthem'o ir jokios gangrenos. Reikia duoti siera (2 — 5 ccm.) ištikus silpnai kraujo cirkuliacijai sui generis limpamoms ligoms, kuomet ji geriau veiks negu kamfaro injekcija. Tyrinėjimai sieros veikimo kroninėms silpnoms kraujo cirkuliacijoms be karščio dar nebaigta.

4) Sulfuro veikimas, esant bendrai peritonitis acuta.

Prieš tai aš kalbėjau apie tai, kaip sekmingai siera veikia į pulsą ištikus Peritonitis. Bet pastebėta, kad daugelis mirties atsitikimų nuo peritonitis atsitiko gydant siera. Čia norėčiau pažymėti skirtumą tarp atsitikimų pasibaigiančių 1-mą arba 2-mą dieną mirtimi nuo peritonitis ir tarp tokių, kurie tęsėsi 5 —6 dienas iki exitus. Pirmaisiais atsitikimais sulfur. neveikia, bet kitaip esti, jei liga tęsėsi ilgiau. Bendrai aštrūs peritonitis savaime retai teišgyja, bet, jei ligonis išgyvenęs iki antros dienos, pasitaiso, tai tegalima aiškinti tik vaisto vartojimu. Nusikalstamųjų abortų atsitikimai su uterus'o peritonitu, kuomet peritonitis palengva, bet tikrai slenka nuo žemesniųjų dalių kolon'os aukštyn, esant išpūstam pilvui, Ileus — apsireiškimams ir dideliam pilvo jautrumui, nesuskaitomam, labai pagreitintam pulsui arba užkrėstų gimdymų atsitikimai sujungti su galutinu žarnos stabu, kuolabiausia išpūstu pilvu, kurio mažiausias palietimas sukelia skausmą, su nuolatiniu vėmimu be pulso — tokie atsitikimai tačiau neduoda jokios vilties. Vartojęs čia 2 — 10 ccm. Ol. sulf. 2 dienų laikotarpiais aš pasiekiau gerų rezultatų: Pulsas tampa jaučiamas, pilnas ir ne taip greitas. Po kiek laiko pradėjo viduriai leistis ir eiti dujos, kaip balonas išpustas pilvas ėjo mažyn. Kelioms dienoms praslinkus viduriai atrado normalūs. Peritonitis — reiškiniai žlunga visai. Sieros veikimas priderėjo tikrai iš dalies nuo kraujo cirkuliacijos pagerėjimo, iš dalies nuo taip vadinamos protoplazmos aktingumo (Aktiwierung). Panašių pasisekimų mačiau ir kiauriniose pilvo žaizdose, tokiais atsitikimais tiktai sunkiau pastatyti aštraus bendro peritonitis'o dianozas. Ir čia exitus įvyksta pirmą, antrą dieną t. y. nėra jokios pagalbos siera, nors kiti sekantieji atsitikimai praslinkus toms dienoms buvo sekmingai gydomi. Siera tuomet, gali būti, neveikė peritonitiso mirtingais atsitikimais todel, kad ji neveikia septiniais atsitikimais. Tokiais, su staphylo — arba strepto kokiais sujungtais atsitikimais gerų sekmių nebuvo galima matyti. Ateityje aš manau bandyti, konbinuoti sierą su Collar gol'u, nes yra vilties, kad iš to galima tikėtis gero veikimo.

5) Sulfur nusinuodijus švinu ir gyvuoju sidabru.

Senai žinoma, kad sieros maudyklė nusinuodijus Ph ir Hg gerai veikia. Nuomonė, kad tai yra surišta su PbS (sieros švino) sudarymu netinka. Gero ir greito sieros veikimo mačiau

švino kolike. (Erythrocytėn basophile Punktierung). Koliko priepuoliai buvo sunkūs ir dažnai kartodavosi, morfijus net didelėmis dozomis jau nebeveikė. Po injekcijos ol. sulf. 3 × 5 ccm. priepuoliai nebaatsikartoja. Taipgi gerai veikė sieros injekcija — merkurinei Stomatitis. Įsitepimas nereikėjo atidėti.

6) Ol. sulf. Vėžio ligoje — (Carcinom). Vėžio ligoms be operacijų mamma, pilvo, rectum'o, uterus'o aš bandžiau švirkšti sulfur. Supūvusios dalys nusivalė ir parodė kraują: bendros savijautos pagerėjimas buvo pastebėtas, bet po trumpo laiko pasirodė susidariusi metastazė, todel siera nevartotina vėžio ligai.

---

### Iš Raudonojo Kryžiaus akių ligų poliklinikos.

## Herpes zoster ophthalmicus[1]).

Prof. dr. med. P. Avižonis.

Apsireiškiąs pastaraisiais metais gydytojų susidomėjimas neuropatiniais akių susirgimais verčia mane parodyti Tamstoms ir aprašyti vieną atsitikimą herpes zoster opthhamicus su akies susirgimu.

13. II. 22. Mokinys J. Š., 18 metų amžiaus, iki šiolei buvo sveikas, šią dieną kreipėsi į polikliniką del dešiniosios akies susirgimo, prasidėjusio pirm 4 dienų. Ligonis skundžiasi tos akies griaužimu, „ėdimu" ir ašarojimu.

Anamnesis: Prieš dvi savaitį buvęs labai nušalęs ir iš to 3 dienas sirgęs, gulėjęs. Šiaip visada buvęs sveikas ir kilęs iš sveikos šeimynos.

Status praesens: Kairioji akis visais atžvilgiais normalinė. Dešiniosios akies vokai sveiki. Vokų konjunktyva hiperemiška, sekrecijos nežymu. Akies obuolio konjunktiva taip pat išrodo kiek raudonesnė negu kairiosios akies. Ragena (cornea) normalinė, taip pat ir rainelė (iris). Vyziukas lygus kairiosios akies vyziukui, į šviesą gražiai reaguoja. Akies gelmėje ir dugne nieko patologinio nepastebėta. Refrakcija abiejų akių emetropinė. Visus ou=1.0.

15. II. Ligonis skundžiasi dešinę akį daugiau „ėdą". Po viršutinių vokų. jį pakėlus, ligonis sakosi matęs iškilusį kokį „mėsgaliuką". Akys ašaroją, bijo šviesos. Vokų ir akies obuolio konjunktivos paraudimas truputį didesnis negu užvakar. Šiaip nė konjunktivoje, nė ragenoje, nė giliau nieko ypatinga nepastebėta.

17. II. Dešiniosios akies viršutinis vokas žymiai paburkęs, patinęs. Ant dešiniosios pusės kaktos atsirado daugybė įvairaus didumo pūslikių su skaidriu vandeniu turiniu. Kaktos oda paraudusi, Paraudimo ir pūslikių rajonas prieina iki sagitalinei kaktos linijai ir čia staiga pasibaigia. Akies obuolys paraudęs:

[1]) Skaityta Kauno Medicinos Draugijos susirinkime 20. III. 1922 m. ir demonstruota ligonis.

pasidarė aiški perikornealinė injekcija. Viršutinėje ragenos pusėje atsirado daugybė smulkučių pūslyčių, nuo kurių tos ragenos dalies paviršius atrodo nelygus, tarytum aprasojęs.

19. II. Ant kaktos kaikurios pūslikės susiliejo į krūvą, jų turinys padrumzlėjęs, pūlingas, vietomis hemoraginis. Lymphoglandula praeauricularis patinusi, skaudi. Akies abu vokai labai suputę, akis neatsimerkia. Ant viršutinio voko yra pūslikių. Ant ragenos daug smulkių epitelio defektų. Ragėnos jautrumas pamažėjęs. Žymi ciliarinė injekcija. Vyziukas nuo atropino sipnai tesiplečia. Akies spaudimas (tensio) mažesnis negu sveikosios akies.

22. II. Ant kaktos kai kurių pūslių vietoje užsidėjo šašas. Pūslių yra visoje nervi ophthalmici inervacijos srityje. Ant nosies šono jų ypatingai daug ties akimi. Vokai sutinę. Blepharospasmus; Photophobia; Epiphora. Ragenos pakraščiais yra keletas infiltratų aguonos grūdo didumo. Visoje ragenoje yra daugybė smulkučių epitelio defektų, kurie grupuojasi į netaisiklingas figuras. Daug smulkučių precipitatų ant užpakalinės ragenos sienos. Rainelė (iris) riškiai hiperemiška, paburkusi. Vyziukas apatinėje pusėje neprasiskėtęs del sukibimo su lešiuko kapsula. Stiklakūnyje yra smulkaus padrumzlėjimo (opacitas corporis vitrei). Akies dugno nematyti, žymu tik rausvas refleksas. Visus = 0,05. Subjektiviai skundžiasi tik akies skausmu. Galvos (kaktos) neskauda.

27. II. Kaktos bėrimas gyja. Ragenos infiltratai nyksta; medalėje ragenos pusėjo iš susiliejusių smulkučių infiltratų pasidarė iakota figura (keratitis dendritica). Rainelė hiperemiška, be spinšėsio; jos varsa atsimainiusi, neryski. Vyziukas netaisyklingas dėl sinechijų.

11. III. Vokai nebesuputę. Akis dar paraudusi, bijo šviesos, išaroja. Buvusių ragenos infitratų vietoje pasiliko dėmelės. Ragenos paviršius lygus; epitelio defektų nebėra. Precipitatų užpakalinėje ragenos sienoje žymiai pamažėjo. Vyziukas labiau prasiskėtęs. Stiklakūnio sudrumzlėjimas nyksta. Dugnas matyti be atmanų.

15. III. Visa nervi ophthalmici inervacijos sritis pigmentuota. Kur ne kur dar yra nenukritęs šašas. Daug įvairaus didumo apskritų odos randų. Šios srities jautrumas aiškiai pamažėjęs (hypaesthesia). Akis vis dar bijo šviesos, ašaroja. Nedidelė ciliarinė injekcija. Ragena lygi, turi pakraščiais smulkučių dėmelių ir medialėjo pusėje ilgoką šakotą dėmę. Precipitatų nebematyti. Ragenos jautrumas žymiai pamažėjęs. Rainelės varsa atsigauna. Vyziukas vis dar neapskritas. Dugno detalės matyti aiškiai. Tensio = 10 mm. Sveikosios akies tensio = 22 mm. Visus = 0,4 (sveikosios akies visus = 1.0).

Šiandie (20. III.) ligonis turi gyjančio herpes roster opptalmicus reiškinius su odos ir akies ragenos hypaesthesia, su žymėmis buvusio keratito ir iridociklito ir su žymiai pamažėjusiu išvidiniu akies spaudimu..

Akių ligų vadovuose (*Fuchs, Axenfeld*) sakoma, kad herpes zoster atsitikimais, prieš atsirandant bėrimui, ligoniai turi didelius galvos ir veido skaudėjimus. Mūsų gi atsitikime nė pradžioje, nė vėliau, ligos bėgyje, ligonis galva nesiskundė. Iš pirmos dienos ir paskiau jis skundėsi tik akies skausmu. Tą skausmą ligonis vadino „ėdimu", — „akį ėda". Tai rodo, kad pradrominis reiškinys buvo nė visos n. trigemini pirmosios šakos neuralgia, o tik ciliarinių nervų.

Herpes zoster'o etiologija nėra dar galutinai paaiškėjusi. *Bielschowsky* skirsto herpes zoster'ą į primarinį (idiopatinį) ir sekundarinį (deuteroptinį). Pirmasis esąs specifinė infekcinė liga, infekcinis spinalinių ganglijų uždegimas nuo kolei kas dar nesusektų specifinių mikrobų.

Sekundarinis h. zoster esti sekmė arba palydovas kitų susirgimų. Jų tarpe pirmąją vietą užima įvairios infekcinės ligos, visų dažniausiai pneumonia ir influenza. Nėra beveik nė vienos infekcinės ligos, kurios bėgyje nebūtų atsitikę herpes zoster'o. Kai kurių nervų sistemos ligų bėgyje taip pat atsitinka herpes zoster. Čia pirmąją vietą užima tabes. Yra aprašytaherpes zoster'o atsitikimų ir iš periferinės nervų sistemos susirgimų (neuritis, perineuritis) arba jos mechaninių pakenkimų (nulūžimai, nugarkaulio caries, piktieji navikai, suspaudusieji arba peraugusieji spinalinius ganglijus). Toliau seka kai kurios intoksikacijos (CO, ilgai vartotas arsenikas) ir medžiagos apykaitos sutrikimai (podagra, diabetes).

Kokios reikšmės turi visi šitie susirgimai herpes zoster'o atsiradimui, dar nėra aišku. Gal būt jie tiktai gelbsti kokiems specifiniems mikrobams pasiekti spinalinius ganglijus. Šitukiuo predisponuojančiu veiksniu esti ir peršalimas. Jei šitokia nuomonė pasirodytų teisinga, tai nebeliktų nė kokio principinio skirtumo tarp primarinio ir sekundarinio herpes zoster'o.

Pačių mikrobų dar nėra rasta. *Lipschütz* yra radęs herpes zoster'o atsitikimais odos spygliuotųjų ląstelių (stratum germinativum) branduoliuose ypatingų rutuliukų, kurie, anot jo, galima lyginti su chlamidocoinių infekcijų (vakcininė variola, paukščių raupai, molluscum etc.) branduolių indarais („Kerneinschlüsse"), kurie, kitaip, tariant, yra branduolio reakcijos padaras į parazituojantį branduolyje virus'ą. Jei tikrai pasitvirtintų nuomonė, kad infekcijos lokalizacija yra spinaliniuose ganglijose (*Head, Compbell, Bielschowsky* ir k.), tai mikrobų reikėtų tenai, o ne odoje ieškoti.

Herpes zoster lokalizuojasi vienos kūno pusės vieno kurio nervo srityje, dažniausiai liemens nervų srityje (Herpes zoster intercostalis, dorso-pectoralis, abdominalis, lumbo-inguinalis). Neretai suserga veidas ties pirmutinės n. trigemini šakos sritimi (Herpes zoster ophthalmicus).

Ligos sunkumas esti labai įvairūs. Kartais liga prasideda prodrominėmis neuralgijomis arba parestezijomis ties būsimojo

išbėrimo vieta, esti ir trumpalaikis temperatūros pakilimas. Dažniausiai gi pradžia esti staigi: oda parausta, iššoka vandeninės pūslikės, jų vanduo darosi drumzlinas, virsta pūliais, pūslikių grupės susilieja į didesnes pūsles, jų turinys prisigeria kraujo, vienur užsideda šašas, kitur atsiveria opos, prisideda antrinė tų opų infekcija, pasidaro kartais net gilesni odos defektai (H. roster gangraenosus). Artimosios limfatinės liaukos patinsta.

Herpes zoster siekia giliau negu paprastasis herpes febrilis: jis pasiekia corium'o sluoksnius ir todėl buvusių pūslių vietoje pasilieka odos randai, gi herpes febrilis niekuomet randų nepalieka. Ligos vieta dažnai pasilieka nejautri (anaesthesia), nors esti ir atbulai, hyperaesthesia ir net sunki chroninė neuralgia. Bėrimo periodas tęsiasi paprastai iki trijų savaičių.

Pūslikės griežtai laikosi atatinkamo nervo srities ir nepereina į kitą kūno pusę, — pasibaigia ties vidurine linija. Ant liemens h. zoster'o pūslikės grupuojasi ruožais, kaspinais, sekdamos nervo taką. Paties nervo pakenkimas esti ne periferijoje, bet jo pašaknėje, jo mazge (liemens zoster'ui — ganglion spinale, veido zoster'ui — ganglion Gasseri). Patologijos anatomijos žvilgsniu čia randama ūmaus hemoraginio uždegimo reiškiniai (v. Bärensprung, Head, Campbell) su eksudatu ir su sunykimu ganglinių lastelių ir nervų skaidulų.

Kuriuo būdu spinalinių ganglijų uždegimas atsiliepia odoje herpes zoster'o išbėrimu, nėra žinoma. Tik aišku, kad h. zoster'o pūslikių išbėrimas yra ankštai surištas laiko ir lokalizacijos atžvilgiu su spinalinių ganglijų uždegimu. Trofinių nervų būvimas yra abejotinas. Lieka vazomotoriniai ir sensibiliniai nervai. Ar čia veikia vieni pirmieji, kaip daugelis mano, ar tik vieni antrieji, kaip Kohnstamm tvirtina, ar gal kartu ir vieni ir kiti, dar neišspręsta.

Herpes zoster pirmosios n. trigemini šakos srities (H. zoster ophthalmicus) labai dažnai komplikuojasi akies susirgimu. Nekalbant apie herpetinių pūslikių išbėrimą vokų odoje ir konjunktivoje, neretai (Wilbrand ir Saenger'o apskaitymu 83 kartus iš 235 atsitikimų) atsitinka ir pačios ragenos susirgimas, kuris gali reikštis labai įvairiai: ragenos paviršiuje atsiranda smulkučių pūslelyčių, kurios greitai trūksta, atsiranda smulkučių ragenos defektų su pasikabinusiais nusmukusio epitelio gabaliukais („Fädchenkeratitis"), ragena darosi drumzlina nelygiu, tarytum adačiukėmis išbadytu paviršiu. Atsitinka paviršutinių ragenos infiltratų, kurie kartais grupuojasi medžio šakutės pavydale (keratitis dendritica). Esti ir gilių infiltratų ragenos parenchimoje, kurių gyjimas gali ilgam užsitęsti. Savaime suprantama, kad visi minėtieji ragenos pakenkimai gali komplikuotis antrine infekcija gali pasidaryti ragenos opos su visokiomis, kartais ir labai rimtomis sekmėmis. Tuo būdu gali visiškai pasikeisti charakteringasis herpes zoster corneae vaizdas.

Ragenos jautrumas paprastai esti sutrikęs (hypaesthesia). Pasilikusi ragenos anaesthesia gali vesti prie tolimesnių komplikacijų — keratitis neuroparalytica.

Čia reikia pastebėti, kad visi minėtieji reiškiniai, kurie tenka pastebėti ragenoje herpes zoster'o susirgimuose, nėra charakteringi vienam h. zosterui, bet gali būti lygiai tokie pat ir herpes febrilis atsitikimuose.

Be ragenos atsitinka ir rainelės susirgimų ar sekundarinio irito pavydale nuo keratito, arba savistovi ir visai nepriklausomi nuo ragenos susirgimo (Herpes zoster uveae). Kad toks primarinis zostero iritas yra galimas, buvo jau senai spėjama (Hutchinson, Horner, Machek, Gilbert). Meller'ui pavyko vienu anatomijos žvilgsniu ištirtu atsitikimu įrodyti tokio spėjimo teisingumą. Jo atsitikime herpes zoster uveae klinikiniai reiškėsi, kaip pūlingas iritas, anatomijos gi žvilgsniu buvo rasta primarinis rainelės audinio nekrozas, kuris sužadino uždegimą. Bakterijų pūliuose nebuvo rasta.

Ir mūsų čia kalbamame herpes zoster ophthalmicus atsitikime buvo gyslainės (uvea) uždegimo reiškiniai su precipitatais, užpakalinėmis sinechijomis, stiklakūnio padrumzlėjimu. Čia iridiciklitas be abejonės buvo savistovis h. zostero padarinys, nepriklausąs nuo keratito, kitaip sakant ir keratito ir uveito reiškiniai buvo tos pačios kilmės, nepriklausomi vienas nuo kito.

Be to mūsų atsitikime buvo žymiai pamažėjęs išvidinės akies spaudimas, kuris tęsėsi per visą ligos bėgį ir gijimo stadijoje dar nebuvo išsilyginęs. Iritu komplikuotais h. zostero atsitikimais esti ir glaukominis akies spaudimo padidėjimas (Rollet ir Bussy).

Gyslainės susirgime ir neuralginiuose akies skausmuose reiškiasi ciliarinis nervų sutrikimas. Jau Hutchinson'as buvo pastebėjęs, kad herpes zoster ophthalmicus atsitikimais akies obuolio susirgimai esti tuomet, kai zostero yra nubertas nosies šonas. Mat nosies šoną inervuoja šakutės to paties nervo (n. nasociliaris), kuris inervuoja ir akies vidų dalimi tiesioginiai (nn. ciliares longi), dalimi pro ganglion ciliare (radix longa gangl. ciliaris). Pirmiau minėtu Meller'o atsitikimu anatominiai buvo konstatuota enukleuotosios akies ciliavinių nervų sunkaus uždegimo reiškiniai. Jų perineuriumas nuo akies išorės kiaurai pro sklerą ir akies viduje buvo stačiai iškedentas gausios limfocitinės infiltracijos, kuri buvo gana stipri ir tarp nervų skaidulų, — vadinasi, buvo stiprus perineuritas ir endoneuritas. Tik gaila, kad šito atsitikimo negalėjo būti ištirtas ganglion Gasseri. Pats Meller mano, kad jo atsitikime herpes zoster galėjęs pareiti vien nuo neuritinių atmainų, kad gangl. Gasseri galėjęs būti sveikas. Yra ir daugiau autorių, manančių, kad h. zosterui ne būtinai reikalingas spinalinių ganglijų susirgimas (Pitres, Vaillard, Curschmann, Eisenlohr, Dubler ir k.).

Dėliai kornealinio herpes zostero esmes Junius mano, kad čia esąs koks ragenos chemizmo sutrikimas arba jos vitaliteto sunykimas. Šitokią mintį galėtų, mano nuomone, patvirtinti minėtasis Meller'o herpes zoster uveae atsitikimas, kuriame buvo rasta rainelės audinio nekrozas.

Heine mano neuropatinius ragenos susirgimus turint sąryšį su smagenų spaudimo padidėjimu. Į šią susirgimų grupę priskaitoma, kaip žinoma, be herpes zoster, dar paprastasis herpes corneae febrilis, keratitis dendritica, keratitis bullosa, keratitis neuropazalytica, gal būt dystrophia epithelialis corneae (Fuchs) ir ulcus corneae rodens (Mohrer, Junius). Ištiręs 25 neuropatinių ragenos susirgimų atsitikimuose lumbalinį spaudimą, Heine rado jį tik 3 kartus normalinį, visų gi kitų lumbalinis spaudimas buvo vidutiniai arba net žymiai padidintas. Iš 3 herpes zostero atsitikimų visų lumbalinis spaudimas buvo padidintas (200—300). Tad Heine ir mano, kad neuropatinių ragenos susirgimų priežastis gali būti padidėjęs spaudimas smagenyse. Patvirtinimą šitai savo minčiai Heine randa viename keratitis dendritica po herpes zoster ophth. atsitikime, kur, nežiūrint į ilgą gydymą visais tokiuose atsitikimuose vartojamais būdais, liga vis progresavo, gi po dviejų lumbalinių punkcijų ligomis ūmai pagerėjo ir greitai visai išgijo.

Lieka dar pasakyti pora žodžių dėliai herpes zostero gydymo. Mūsų atsitikime buvo vartota, koliai buvo ciliarinė neuralgija, aspirinas; be to, visą ligos laiką kas antrą dieną sauso oro vonios prakaitavimui ir taip pat kas antrą dieną elektrinė galvos vonia, kuri, kaip ir akies šutinimas karštais ramunėlių žiedais, žymiai lengvino subjektivius ligos reiškinius. Į akį buvo leidžiama atropinas ir ungunent. Noviformii (3%). Akis uždegimo akmės stadije buvo laikoma užrišta. Oda buvo tepama borvazelinu.

## Literatūra.

1) Gilbert, Klinisches und Anatomisches zur Kenntnis der Kerpetischen Augenerkrankung. Arch. f. A. B. d. 89 H. 1—2, p. 23. 2) Heine, Die Krankheiten des Auges im Zusammenhang mit der inneren Medizin und Kinderheilkunde. Berlin Springer. 1921, p. 65. 3) Grüter, Experimentelle und klinische Untersuchungen über den sogenannten Herpes corneae. Bericht ubr die 42 Versamml. d. Deutsch. Ophth. Ges. Heidelberg 1920. München—Wiesbaden, Bergmann, 1921 p. 162 4) Lowenstein, Neuere Ergebnisse der Herpesforschung. Ten pat, p, 167. 5) Junius, Neuere Ansichten über den Herpes zoster. Zeitschr. f. Angenheilk. B d. 44, p. 74. 6) Junius, Beobachtungen und Gedanken über den Ulcus corneae redens. Zeitschr, f. Augenheilk. Bd. 43. p. 480. 7) Koy, Ueber den Virus des fielerhafien Herpes. Klin. Monatsbl. f Augenheilk. 1921. Bd. 46, p. 75. 8) Lipschüth, Untersuchungen über die Aetiologie der Krankheit der Herpes gruppe (Herpes zoster, Herpes genitalis, Herpes febrilis). Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. 1921. Bd. 136. H. W., p. 428. 9) Lipschütz, Ueber Nachweis und Bedeutung der „Zoster" und „Herpeskörperchen" in der geimpften Kaninchenhornhaut. Verhandl, der ausserordentl. Tagung der ophlthalmolog. Gesselschaft in Wien am 4, 5, u. 6 Aug. 1921. Berlin, Karger. 1922. p. 369. 10) H. Sattler, diskusija, ten pat, p. 101. 11) Lugern. Lauda, Zur Kenntniss der Übertragbarkeit der Keratitis hezpetica des Menschen auf die Kaninchenkornea. W. kl. W. 1921. Nr. 21, p. 132. (Refer.:

Klin. Mon. f. Augenheilk. 1921. Bd. 46, p. 940), 12) Meller, Zur Klinik und pathologischen Anatomie des Herpes zoster uveae. Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 43, p. 450. 13) Nyary. Beiträge zur Pathologie des Herpes zoster. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1921 Bd. 68—69, p. 242. 14) Gieron, Contribution à l'étude des manifestations oculaires du zona ophthalmique. Clin. Opthth. 1921. X. p. 133 ú 193 (Ref. kl. Mon. f. Ang. 1921. Bd. 46. p. 940). 15) Römer, Lehrbuch d. Angenheilkunde, 1913. 16) Rollet, Le zona oculaire. Arch. d'ophthalm. 1920. T. 37, Ni 6, p. 311. 17) Rollet et Bussy, Iritis glaucomatense compliquant un zona ophthelmique. Lyonméd. 1920. T. 52, Nr. 10. p, 456. 18) Schmidt — Rimpler, Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten. Wien. Hölder. 1905, p. 216. 19) Vörner, Zur Lehre von der Entstehung des Herpes zoster. Arch. f, Dermat. u, Syph. 1921. Bd. 132, p. 428. 20) Wilbrand u. Saenger, Die Neurologie des Auges. Bd. 1, 1899; Bd. 2. 1921, p. 171.

## Rhinitis pseudo — membranacea acuta scarlatinosa.

**Dr. P. Réklaitis** (Kaune).

Atsitikimas liečia kūdikį 9 mėn., amžiaus Nataliją J. dukterį vado vieno iš pulkų mūsų kariuomenės, kuri 21. XII. 25. ūmai susirgo vėmimu, pakilimu t-ros ir angina be aiškiai išreikšto išbėrimo. XII. 8, t. y. praėjus 3 dienoms apsirgo dar 2 vyresnio amžiaus 14 ir 9 metų mergaitės tipinga skarlatina su visais atributais, tokiu būdu skarlatinos diagnozas pas mūsų pacientę darosi visai teigiamu.

Pradedant nuo XII. 10 iki XII. 19 ant kaklo iš kairės pusės formuojasi nedidelis skaudulys, didumo valakiško riešuto, kuris XII. 20 tapo perpiautas ir greitu laiku užgijo.

Per visą tą laiką t-ra svyravo tarp 40 — 38, p = 130 — 150. Bendras stovis gana geras. Kiekvieną dieną ligonė išgerdavo po $^1/_4$ — 1 lit. pieno; viduriai buvo bent kiek užkietėję, mažytė buvo rami ir daugiausia miegodavo.

XII. 25 staiga ligonei pasirodė sloga su smarkiu pūlingu varvėjimu iš nosies; tas apsunkino kvėpavimą pro nosį ir iš dalies pro burną. Bendras stovis žymiai pablogėjo. XII. 28 vieno vietinio chirurgo konstatuojamas abscesas ryklės, iš priežasties kurio ta pačią dieną kūdikis buvo operuotas. Nežiūrint į energingą chirurginę intervenciją bendras ligos stovis vis tik neina geryn.

22. I. 2 — kuomet aš pirmą sykį buvau pakviestas pas ligonę, nuo tolimesnio gydymo kurios, tėvo žodžiais atsisakė vienas žymus vietinis chirurgas ir internistas, prieš mano akis stojo šis reginys: visiška obstrukcija kvėpavimo pro nosį ir labai apsunkintas, gargaliuojantis kvėpavimas pro burną, gleivinių plevių cyanosis, bendras sulisėjimas, t = 39, 1 — P nesuskaitomas, filiformis, ir reguliaris. — Iš nosies eina gausingas pūlingas, žalsvas skystimas su žalsvomis plėvukėmis; aplink šnerves smarkus raudonumas ir pleiskanuota suskilusi oda, iš kurios bėga kraujuotas skystimas. Galinė ryklės siena, uvula, gomurio

aukai, liežuvis ir net dantų smagenys padengti salelėms žalsvų pūlingų plevelių labai lengvai nusiimamų šluostant vata, pamirkyta $H_2 O_2$. Jokių ženklų buvusios operacijos gerklėj neradau. Prie ausų atoskopijos konstatuojamas otitis iš abiejų pusių su prakiurimais bubnelių ir pūliais, bet be apsireiškimo mastoidito.

Nebuvo jokios abejonės, kad patologinis procesas lokalizuojasi ypatingai nosiaryklėj ir nosyje. Apsunkintas kvėpavimas pro burną, mano nuomone, pareina iš tos priežasties, kad pūliai ir plėvės užtekėdavo į aditus laryngis. Veikti reikėjo greitai kad neprarasti ligonio.

Tinkamu būdu nuvalęs pūlingas pleiskanas ir traiškanas aplink nosį ir burną, aš tuč tuojau padariau perplovimą nosies silpnu $H_2 O_2$ skiediniu; išlenktu gi mažu korncangu su vata pamirkyta $H_2 O_2$ išvaliau burną, nosryklę ir ryklę. Rezultatas buvo toks: sykiu su skiediniu $H_2 O_2$ iš nosies ir burnos išėjo daugybė kamuoliukų žalių plėvuotų pūlių, nors kvėpavimas pro nosį buvo dar apsunkintas, bet kvėpavimas pro burną pasidarė laisvas ir nustojo savo gargaliuojančio (stridulosinio) charakterio. Bendras stovis pasikeitė ant tiek, kad mažytė nekurį laiką praslinkus išgėrė truputį pieno ir užmigo.

Dalį išplautų plėvių ir pūlių pasiunčiau Hygienos Institutan ištyrimui I. 4 gavau atsakymą, kad Löflerio bacilų nerasta, bet rasta daug streptokokų ir stafilokokų.

Pradedant nuo I. 12 ligonė pradėjo žymiai taisytis, t-ra puolė iki normos; pūlingos ir traiškanotos atmatos iš nosies išnyko, vieton jų pasirodė gausingos atmatos gleivinio pobūdžio. Per tą visą laiką buvo daromas 2 — 3 kart per dieną plovimas silpnu skiediniu $H_2 O_2$ ir po kiekvieno plovimo įleisdavom į nosį $^1/_2$ % protargolio po porą lašų į kiekvieną šnervę. Kad pūliai neįtekėtų į gerklę, ligonė buvo guldomo lovoj ant šono. Palaikyti širdies veikimui buvo duodama kofeino mikstūra.

Dabar mergytei jau sukako 1 metai, ir ji pradeda vaikščioti. Nosies sloga visai išnyko. Vienas kas man nepatinka, tai yra tas, kad nežiūrint į atatinkamą gydymą, iš deš. ausies pūliai vis dar teka ir otitis perėjo į chroninę formą. Tačiau turiu vilties, kad ateinant šiltam laikui gydymas bus sekmingesnis ir mums pasiseks tą ausų defektą pagydyti.

Kada aš pirmą kartą pamačiau savo mažą pacientę tokioje beveik be pagalbos padėtyje, kuri buvo artima agonijai, prisipažįstu atvirai, kad negalėjau tikrai spėti, kokia tokia infekcinė liga galėjo duoti tas gausingas pūlingas atmatas iš nosies, ir aš manyčiau, kad kiekvienas, nematęs šitos formos rinito mano vietoje būtų buvęs tokioje pat padėtyje, kaip ir aš.

Iš anamnezo, taip pat iš žodžių internisto gydytojo aš sužinojau, kad ligonei yra skarlatina. Tačiu apžiūrėdamas aš negalėjau konstatuoti visų klininių skarlatinos simptomų; viršijo reiškiniai biauriausio pūlingo — pleiskanuoto rinito, nuo kurio ligonė uždūsdavo ir nuo kurio gerklėj gargaliavo.

Kada aš kreipiausi į draugus gydytojus, kurie dirba užkrečiamų ligų srityje, klausdamas, ar matė jie tokią slogą prie skarlatinos, nė vienas nedavė man pozitingo atsakymo. Specialiuose vadovuose aš taip pat neradau paminėjimų apie tokią formą rinito; duokim, pas Körner'į sakoma apie rhinitis diphterica, gonorrhoica etc., bet nė vieno žodžio apie scarlatinosa. Tokiu būdu man rodėsi, kad aš turiu savotišką „tabula rasa" mūsų specialybės.

Tačiau peržiūrėdamas „Revue Hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rinologie" už 1901 m., kurį perijodingai teikia man gerbiamasis d-ras Radzivickas, aš netikėtai radau disertaciją d-ro Chausserie Laprèe „De la rinite purulente dans la scarlatine" (These de Paris, 1900). Labai nudžiugęs jį perskaičiau, ir tik tada man pasidarė visai aišku, kad aukščiau aprašytame atsitikime aš turėjau dalyką su ypatinga forma pūlingo rinito prie skarlatinos, kurią autoris pavadino: „rhinitis purulenta pseudo — membranacea".

Kadangi disertacija d-ro Chausserie Laprèe turi svarbumo ne tiktai mūs specialistams, bet ir apskritai mediciniškai įdomi, rodos, kad ne pro šalį būtų perskaityti nors „résumé" šito d-ro Chausserie Laprèe darbo.

Autorius remia savo disertaciją 40 atsitikimų rhinitis purulentae, iš kurių 9 atsitikimai rhinitis pseudo — membranacea. 32 atsitikimu jis matęs laikinoj ligoninėj d' Aubervillers daugiau kaip ant $1^1/_2$ tūkstančio ligonių, sergančių skarlatina ir gydomų šitoj grandiozinėj įstaigoj laike 3 metų. Iš to ir daro išvadas, kad rhitinis purulenta atsitinka dažnai (maž daug 1—2%-čiuose).

Jis pasireiškia 3-mis klininėmis formomis: 1) rhinitis purulenta acuta, 2) rhinitis purulenta tarda (coryza purulent tardif), 3) rhinitis pseudo — membranacea.

1) Svarbiausiu iš jų autorius laiko Rhinitis purulenta acuta. Jis atsitinka dažniausia ir charakterizuojasi žalsvomis dvokiančiomis, labai gausingomis atmatomis, didele dyspnoe ir simptomais bendros infekcijos. Šitas rinitas yra įdomus ne tik savo staigiu atsiradimu ligoniui, bet ir greitumu, kuriuo ir gali ligonį užmušti.

2) Rhinitis pur. tarda atsiranda jau skarlatinos pabaigoj (dans le periode de décroissance); šita forma pasirodo rečiau ir daug silpnesnė, negu pirmoji. Autoriaus nuomenė šita forma yra antraeilinė (sekundarinė) prie skarlatinos, panaši į tą, kuri pasireiškia tarpais iš ausų pusės.

3) Rhinitis p. pseudo — membranacea duoda tuos pačius simptomus, kaip ir rhinitis p. acuta. Išmatos iš pradžių gausingos, paskui mažinasi savo kiekyj ir susideda iš plėviukių, kurias ligonis išmeta pro nosį sykiu su žaliais pūliais. Ką del tyrinėtų ligonių amžiaus, tai autorius gavęs tokį įspūdį, kad rhinitis p. scarlat. daugiausia atsiranda daugiau paaugusiems kūdikiams (dans le seconde enfance).

Nėra abejonės, kad bazė, iš kurios prasideda rhinitis purulenta, yra angina scarlatinosa ir galima leisti, kad patologinis procesas nosyje išsivysto su didesniu intensingumu, nekaip ryklėj.

Pirmas rhinitis pur. reiškinys charakterizuojasi užkimimu nosies takų ir nebegalėjimu kvėpuoti pro nosį (l' obstruction nasal), ypatingai sunkiai pakeliamu mažų kūdikių. Buva ne retai atsitikimų, kad mažiems ligonims ūmai atsiranda dyspnoe (dūsta), ir gali mirti nuo asfiksijos.

Gana dažnai infekcija pereina į sritis, kurios randasi artimoj kaimynybėje su nosimi. Randame tada uždegimą antri Highmori, frontitą ir t. t. Sunkiuose atsitikimuose ligonys keletą dienų praslinkus žūva prie bendros infekcijos reiškinių, kurios išeinamasis punktas yra gleivinė nosies plėvė. Apskritai imant, mirtis prie rhinitis pur. gali būti sukelta ar bendros infekcijos, arba nuo asfiksijos, o tie ligonys, kurie lieka gyvi, visada turi kokią nors komplikaciją, būtent pneumoniją, otitą, mastoiditą etc.

Prognozas prie šitos ligos labai liūdnas: iš 40 ligonių, kuriuos d-ras Chausserie Laprèe tyrinėjo ir gydė, 19 mirė; mirtis ištikdavo prie bendros infekcijos reiškinių, arba nuo broncho — pneumonijos, dėliai papuolusio į plaučius pūlingo skystimo iš nosiaryklės. Labai mažus vaikus mirtis gali ištikti jau ligos pradžioje dėliai gerklės spazmo.

Bakteriologinis analizas buvo padarytas 15-kai ligonių. Pūlių ir plėvių ištyrimas mikroskopu, kultūrose ir skiepymais gyvuliams visada duodavo streptokokus, labai dažnai su stafilokokais (kaip ir šiame atsitikime).

Diagnozas rhinitis pur. scarl. labai lengvas (o aš nuo savęs pridėsiu, lengvas tam, kurs nors vieną kartą yra matęs šitokią rinito formą). Autorius visgi nurodo ligas, su kuriomis galima supainioti rhinitis pur., būtent: difteritas, rožė, tymai, sinuisitai.

Gydyme rhinitis pur. autorius pataria dažnai plauti nosį antiseptiniais skystimais, preferencija duodama $H_2 O_2$, ir tepti mentoliu su aliejais. Vietinis gydymas turi būti surištas su energingu bendru gydymu; ypač svarbu yra palaikyti širdies darbavimosi.

---

Iš Tauragės Apskrities ligoninės.

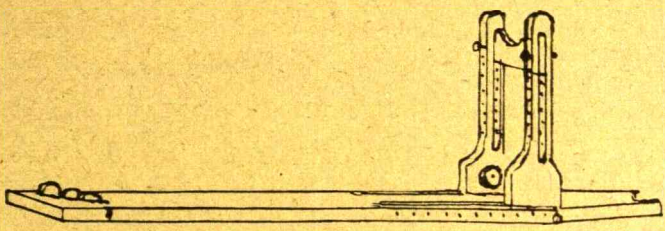
## Mūsų ištiesimo ir iškrovimo aparatas.

Dr. B. Zacharinas.
(Ligoninės Vedėjas).

Hohenlychen'e vartojamas paprastas iškrovimo būdas nereikalauja pagerinimo, bet ištiesimo būdas, vartojamas ten prie tuberkuliozinio kelio sąnario ankilozo su galūnės pritraukimu, yra per daug primitivinis ir reikalauja pataisymo. Paprastas padėtas ant pritraukto kelio sąnario svilksnės formos drobės gabalas su virvėmis prie jo galų ir sunkumais, prikabintais prie virvių

ir kabančiais iš abiejų lovos šonų, reikalauja visada rūpestingiausio dežuruojančio personalo dėmesio. O uždavinys toks, kad svilksnė su sunkumais spaustų į pritrauktą kelio sąnarį ir pamaži, kas porą dienų didinant sunkumus, tiestų koją. Ypač pas vaikus ir silpnus ligonius palikti šitas ištiesimo būdas be nuolatinės priežiūros negalima.

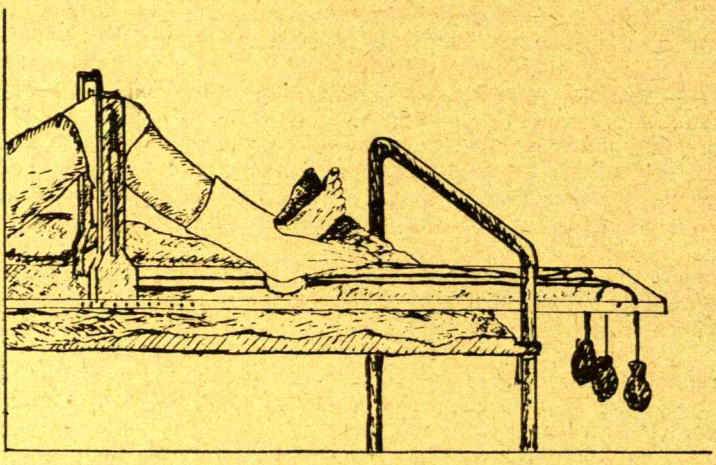
Išeiti iš tokios padėties Tauragės Apskrities Ligoninėje yra vartojamas specialiai padirbtas ligoninės felčerio A. Overlingo šis nekomplikuotas aparatas:



Lenta ilgumo 110 ctm., platumo 21 ctm., storumo $2^1/_2$ ctm. viename (centraliniame) savo gale turi kilnojamą štatyvą pritrauktai per kelio sąnarį kojai, o antrame (periferiniame) gale tris blokus Štatyvas, susidedąs iš dviejų vertikalinių ir vienos skersinės plankos, yra kilnojamas į periferinį galą po kiaurą plyšį ilgumo 23 ctm. platumo $1^1/_2$ ctm., einantį paraleliai lentos šonams, pradedant 16 ctm. nuo centralinio lentos galo. Per plyšį ir apatinį vertikalinės plankos galą, kuris randasi plyšyje, eina iš išorinės siauros lentos pusės 11—12 skylučių. Vinis, įdėta iš lauko į skylutę, pereina per plyšį, per vertikalinės plankos apatinį galą ir įeina į skylutę vidutinės plyšio sienos. Tarp skylučių tolumas yra 1 ctm. Kiekviena vertikalinę planka turi ilgumo 36 ctm., platumo 4 ctm., o netoli nuo lentos sudaro kaip ir aikštelę $7^1/_2$ ctm. platumo, vidurinėje pusėj kurios randasi blokas. Abi dvi vertikalinės plankos yra sujungtos horizontaline kilnojama planka su loviu del kelio įdubimo (pakenklės). Šita planka (platumo prie galų 8 ctm., o viduje 4 ctm.) yra kilnojama aukštyn ir žemyn po plyšį [su 8-10 šoninėmis skylutėmis viniai], einantį vertikaliniose plankose. Darant ištiesimą, horizontalinė planka nuleidžiama pamažu žemyn, o vertikalinės — kilnojamos pamažu pirmyn. Periferiniame lentos gale randasi, kaip pasakyta aukščiau, trys blokai su tarpais į 5 ctm.

Virvės nuo drobės gabalo galų, spaudžiančių kelio sąnarį, eina per blokus vertikalinių plankų aikštelės ir iš ten (iš užpakalio, žemyn ir pirmyn) per du kraštutiniu bloku periferinio lentos galo, kur prie virvių yra prikabinami sunkumai. Vidutinis

blokas tarnauja iškrovimui. Per jį eina virvė nuo vielos kilpos, kuri prijungta prie apsupančios staibį manžetos galų.



Mūsų ligoninės rezultatai verčia mane aprašyti šitą nekomplikuotą ištiesimo ir iškrovimo būdą ir patarti draugams jį išmėginti.

---

## Dėliai maliarijos Lietuvoje.

**Stud. A. Jurgelionis** (Paryžiuje)

Gerbiamas prof. med. dr. A. Jurgeliūnas, straipsnyje: „Kovos su maliarija priemonės", įdėtam „Medicinos" Nr. 2 — 1922 plačiai apibūdinęs laiktarpinę šiltinę — maliariją, jos bendroje formoje, nurodydamas daugelį priemonių vartojamų medicinoje prieš šią ligą, išreiškė nuomonę, jog gausumas mūsų krašte pelkėtų vietų, duoda pagrindo manyti, maliariją esant gana išsiplatinusią. Būdamas šiek kitokios nuomonės šiuo klausymu, ir aiškumo dėliai, sustojant šiek detaliau prie maliarijos rūšių ir vietų, kiek skirtinų su išdėstytu profesoriaus A. Jurgelionio, pažvelgsiu iš priešingos pusės į vystymąsi maliarijos Lietuvoje.

Kaip jau žinoma, priežastis šios ligos yra narveliai — plasmodium, kurie įsivaiso raudonuose kraujo kūneliuose žmogaus organizme ir pagalba uodo Anopheles rūšies gali būti pernešami nuo sergančio žmogaus į sveiką kūną.

Reikia pažymėti, kad šie gyvi narveliai — plasmodium — skiriami į 3 rūšis:

Plasmodium malariae (Laveran 1880.)
Plasmodium vivax (Grassi et Feletti; 1890)
Plasmodium falciparum (Welch 1897)

Sios, ligi šiam laikui žinomos rūšys žmogaus organizme skiriasi savo išsivystymu ir daugiausia savo nevienodu veiksmu į paveldėtą kūną.

Apskritai, tyriant ligonio — maliariko kraują, tarp kitokių formų visad galima išskirti dvi svarbiausi formi:

Schizontes ir gametes.

Gyvi narveliai plasmodium — schizontes turi ypatybę daugintis raudonuose kraujo kūneliuose, tai yra, per tam tikrą laiką pribrendus, duoti vaisių — merozoites, mažučiukų kūnelių, skaičiuje 6 — 20, kurie, išplėšę sienelės kraujo kūnelio, pakliuva į bendrą skystimą ir stengiasi vėl įsiveržti į sveikus dar neapgyventus kraujo kūnelius. Tai yra schizogenis — belytis vystimosi ciklas.

Prileidžiama, kad periodas, kada merozoites išsiveržia iš raudonųjų kraujo kūnelių ir ieško sveikų, apsireiškia žmogaus sveikatos stovyje (atsiranda karščio); sulindus merozoitėms į kraujo kūnelius nukrinta ir karštis.

Laikas per kurį pribręsta schizontės yra nevienodas 3 minėtom rūšim; nevienodai ir skaldosi motina — schizonte.

Sulig M. Neveu - Lemaire, temperatūra kilsta per 2 dieni, per vieną ir kasdien.

Šios formos įvairinas, jei ligonis buvo kandamas uodu — anopheles ne vieną syk, bet vienos, dviejų — ir t.t. dienų laikotarpy.

Bet tyriant ligonio maliariko kraują, kad išskyrus maliarijos rūšis, galima vaduotis štai kokiais skirtumais, kurie paduodami tokioje tvarkoje: (Žiūr. sekant. pusl.)

Iš paminėtų 3 rūšių biauriausia — plasmodium falciparum — arba aestivo automnale, kaip ją vadina Italijoje; ši forma pasižymi tuo, kad plasmodium daugiausia spiečiasi į organizmo vidų, paprastai į centralę nervų sistemą, ir del to duoda didelį mirtingumo nuošimtį.

Kaip jau buvo minėta, maliarija platinama per uodą Anopheles. Uodas, čiulpdamas maliariko kraują, įtraukia greta sveikų kraujo kūnelių taip pat kūnelių su įvairiomis, mums dabar žinomomis formomis plasmodium.

Schizontės visose jos formose kūne uodo — anopheles miršta ir tik gameta, neturinti ypatybės vystytis žmogaus kūne, pradeda čia savo veisimosi evoliuciją.

Tik uodo skrandyje galima rasti skirtumą tarp vyriškosios ir moteriškosios lyties gametų (išskiriant kartais aiškių formų — plasmodium falciparum, kur vyriškosios lyties gameta yra apvaliai ovoidine, gameta moteriškosios lyties piautuvėlio formoje), nes gameta vyriškosios lyties tuojau skaldo savo branduolį į keturias dalis ir pereina į formą microgametocytes, o moteriškoji gameta mažai tepakinta ir vadinama macrogametes.

Suskilusios keturios microgametocytes branduolio dalys, praplėšę sieneles paskutinio ir tokiu būdu pasiliuosavę, tampa microgametes. Ištuštus mikrogametocyte miršta, o microgametes įsi-

## Klasifikacija 3 rūšių plasmodium.

*sulig N. Lemaire.*

| | Pl. malariae | P. vivax | Pl. falciparum |
|---|---|---|---|
| Kraujo raudonojo kūnelio stovis, esant jame plasmodium | Truputį susitraukia; palieka savo spalvą. Polychromatofilinių granuliacijų neapsireiškia: | Nežymi hipertrofija; spalva pablikšta, apsireiškia granuliacijos Schüffner. | Forma ir spalva normalė. Granuliacija Maurer'o |
| Jauna forma arba merozoite tik pakliuvus į kraujo kūn. | Sienelės aiškios, smarkiai laužiančios spindulius (refrigentes) Ameboidinis judėjimas silpnas. | Sienelės mažiau aiškios, bemaž neperlaužia spindulių. *Ameboidinis judėjimas labai gyvas.* | Sienos aiškios. Žymus ameboidinis judėjimas. |
| Schizonte evoliucijoje. | Daugiau pailgoka, kartais ketvirtuota. | Forma neišlaikyta. | Forma sferiška, visad kaip pusė gabalėlio kraujo. |
| Pigmentas | Grūdeliai ploni, tamsiai kaštanavi (brun obscur); bemaž nejudanti. | Grūdeliai labai ploni, šviesiai kaštanavi. Labai judanti | Grudeliai mažam skaičiuj ir nejudantys. |
| Pribrendusi schizonte | Skilimas sferiškas, našlaitelės (zolinėlio) formoje. | Susiskaldymas išlaikant ovoidinę formą | Skilimas beformis. |
| skaičius merozoičių | 6—12 | 16—20 | 8—14 |
| Gametų forma | Sferinė, daugiausia kaip pusė gabalėlio kraujo. | Sferinė, daug didesnė už kraujo gabalėlį | Forma piautuvo. |
| Evoliucijos laikas | 72 valandį | 48 valandos | 24 ar 48 valandi |
| Karščio kreivoji | 4 dieną — paprasta, gali būti dviguba ir triguba. | 3 dieną — paprasta, gali būti dviguba. | Per vieną arba dvi—biaurį forma—atžvilgiu mirtingum. |

veržia į makrogametes. Iš susijungusių dviejų formų susidaro naujas kūnas — zygota.

Zygota iš pilvelio pereina į uodo raumenis ir ten vystosi ne mažiau kaip 15 dienų, ligi nepavirsta į oocyste, — kurioje šiuo laiku jau randasi nuo kelias dešimts ligi kelių šimtų naujų kūnelių — sporozoites, kurie trūkus oocystei vel atkeliauja į uodo skrandį, o iš čia į seilių liaukas.

Tai yra sporogoninis vystimosi ciklas.

Tokiu būdu uodas — anopheles kartą paragavęs maliariko kraujo, jau per 15 dienų gali pernešti, bekandžiodamas sveikus žmones į jų kūnus sporozoites, kurios žmogaus kraujuje turi ypatybės daugintis schizogoniniu — belyčiu būdu.

Tad aišku, kad, išnaikinus pasauly uodus — anopheles, žutų ir maliarija.

Bet kyla klausimas, kodel, esant tiems patiems uodams — anopheles, prileiskime Lietuvoje ir Italijoje, imant vienodą žemės plotą, vienodą laiką ir net turint galvoje vieną skaičių naujai susirgusiųjų, skritumas plėtojimos maliarijos bus be abėjo didesnis Italijoje, negu Lietuvoje.

Juk negalima įtarti mūsų uodus — anopheles tinginius esant, čia reikia ieškoti kitur priežaščių. Bet štai jau vien tas reiškinys, kad, kaip ligi šiam laikui įrodyta, gameta — plasmodium gali vystytis tik kūne uodo — anopheles, parodo, kad, matomai, ir pats plasmodium turi savo ypatingų reikalavimų.

Pažiūrėkime, ką sako šiuo klausimu tyrinėtojai.

Žinomas mokslininkas prof. Brumth tyrinėdamas šį klausimą randa, kad vystymosi gametos anopheles kūne daug priklauso nuo apylinkės atmosferos.

Taip, gameta, atnešta per žmogų iš vienos zonos į kitą ir labiausia iš zonos su žymiai karštesne oro temperatūra į šaltesnę zoną, pakliuvus į kūną anopheles, žymiai užtrunka savo besivystyme.

Visai tikėtinas dalykas, kad gameta, gimus šiltame krašte, pernešta į zoną su žymiai šaltesne temperatūra, nebegali visai pasiekti ciklo oocystes, ir čia rolę vaidina ne vien skirtumas šilumos, kiek bendrą atmosferos permaina.

Panašiu atsitikimu prof. Neveu — Lemaire prileidžia, kad gameta gali aklimatizuotis, t. y. gameta, antešta iš vienos zonos į kitą, negalėdama pirmais metais išsivystyti anophelėje, palikus žmogaus kūne, antrais, trečiais metais gali duoti vaisių, jei vel paklius į uodo kūną. Tuo būdu maliarija pasitaiko šaltose šalyse kaip Lapons (Laplandija).

O darbuose nuo 1917–19 metų Amerikos — anglų, francūzų mokslinės komisijos, tyrusios žmogui pavojingus vabalėlius (apkaltino tarp kit-ko uodą — Stegomia fasciata išnešiojime. Treponema icteroides — Noguchi) maliarijos klausimu minima zona $35^0$ — $50^0$ platumos, kur maliarija sekmingai plėtojasi, o

į žiemius ir į pietus nuo šių zonų vystymosi degresiniai krinta. (Conferances — parasitologie Brumth — Paris 1922).

Jau šios kelios pastabos iš dalies gali paaiškinti pakeltą klausimą.

Iš ties, jei palyginti skaičių susirgusiųjų Lietuvoje dėmėtąja šiltine, kurios platinime apkaltinama utėlė (išnešioja virus exanthematicus) ir skaičių maliarikų per 1921 m., tikiu, kad ir prie mūsų menkos statistikos be galo daug praneš pirmutinę.

Bendrai, kiek man žinoma, Lietuva nebuvo niekad turtinga maliarikais.

Tą viską kartu suglaudus galima prileisti, kad nuo maliarijos užpuolimų esame gal iš dalies po protektoratu gamtos.

O del kontrasto, prileisim daugiau: neturint personalių žinių 6 mirusiųjų ir 438 sirgusiųjų 1921 m., visai neabėjotina, kad tai mirė ir sirgo ateiviai, užsikrėtę svetur, tuo labiau turint galvoje dabartinį plūdimą pabėgėlių iš Rusijos.

Šios išvados, žinoma, negina, kad Lietuvoje maliarija negali plėstis, bet žiūrint taip į dalykų stovį, prisieina grėbtis šiuo atžvilgiu dar šių priemonių, būtent: būtinai daryti kraujo tyrinėjimus asmenims, atvykstantiems iš à priori žinomų distriktų — vietų (pietų Rusija ir t. t.), kur siaučia maliarija.

Pasiganėdinant izoliacija ligonių — maliarikų, įvesti stropi registracija maliarijos atsitikimų, patikrinant mikroskopiniais tyrinėjimais jos formų (ką gali daryti visos apskričių ligoninės), nurodant ligonio paskutinių metų gyvenimo vietą.

Savo keliu rūpintis laboratoriniais patyrimais apie gametos vystymosi prie mūsų atmosferinių sąlygų.

Ir tik tiksliai žinant tikrą pavojų grėbtis sunkiau įvykinamų priemonių.

**Literatūra.**


1). Conferances, Parasitologie. — Paris 1922.
2). Parasitologie N. Lamere 1921.
3). Paludium — prof. Bezancon — Paris 1921.
4). Brumth — Anopheles. 1919.


---

## Venerinių ligų naikinimas.


**Dr. A. J. Karalius**, (Chicago, U. S. A.)


Moderniniai gydytojai receptuose jau neberašo: „Quod Deus bene vertat", savo nurodymuose ir patarimuose niekam neliepia melstis. Gydytojų darbuose randa vietos tiktai tikras mokslas — chemija, fiziologija etc. Moderninių gydytojų uždaviniuose negali būti vietos tokiems relativiems dalykams, kaip religija, dora, nedora etc. Medicinai rūpi mažinti žmonijos kentėjimai — sopuliai, naikinti ligos, taisyti įvairūs kūno ir dvasios sutrikimai. Kiekvienas mūsų kūno organas gydytojui lygiai

brangus ir įdomus, kiekviena funkcija lygiai svarbi. Gydytojo akys negali matyti ir nemato nieko dora ar nedora, gera ar bloga, teisinga ar neteisinga — jokiose kūno funkcijose. Prakaitavimas, tulžies išdirbimas, žarnų tuštinimas, lytiniai santykiai etc. — šitos ir visos kitos kūno funkcijos gydytoją lygiai suinteresuoja. Moderninė medicina pasiliuosavo nuo visokių metafizikų, alchemijų, stebūklų ir prietarų.

Svarbiausia gydytojo pareiga — apsaugoti žmones nuo ligų. Būdamas tikrojo mokslo šalininku, gydytojas privalo dirbti tiktai savo darbą: įvairūs moraliniai bei religiniai įkalbinėjimai, atkalbinėjimai arba gąsdinimai gydytojo darbuose neturi rasti sau vietos. Tai nepriklauso gydytojo darbui. Lyties dalykuose gydytojo darbas irgi aiškus: nekliudant lytinio instinkto, naikinti visus lytinio aparato sutrikimus, gydyti visas venerines ligas, o svarbiausia saugoti nuo jų žmones. Šiuo klausimu noriu šį — tą pasakyti.

Kiek metų atgal pradėta vartoti įvairūs chemikalai apsaugojimui nuo venerinių ligų. Padaryta įvairių skystimų ir tepalų, kurių kompozicija jums žinoma (sidabro duskos, gyvasis sidabras, fenolo druskos, etc). Atsirado atskirų vaistų apsisaugoti nuo sifilio, gonorėjos ir šankroido, kas pasirodė labai neparanku. Paskutiniu laiku pasaulinis karas davė šiame dalyke daug patyrimo. Atsirado reikalo vartoti vieną vaistą, kuris apsaugotų nuo visų venerinių ligų, būtų nepavojingas ir parankus. Šiuo žvilgsniu visoki skystimai netinka. Palieka unguentai, kurių geriausiais bus kalomelio ir gyvojo sidabro cyanido unguentai.

Mečnikov'as ir Roux aiškiai įrodė, kad kalomelis greitai ir sekmingai sunaikina sifilio spirochetas. Amerikos tyrinėtojai įrodė, kad kalomelis dar greičiau nukauja gonokokus. Lygiai ir šankroido bacilus. Žodžiu, kalomelio unguentas yra idealus venerinių užkrėtų naikintojas, t. y. apsaugoja nuo visų venerinių ligų.

Farmaceutai žino, kad ne kiekvienas kalomelio unguentas yra vienodas. Kristalinis kalomelis šitam tikslui visai netikęs. Reikia vartoti tiktai smulkiausią maltą kalomelį, geriausia koloidalinį. Juo geriau kalomelis sumaltas, juo jis baltesnis ir užima daugiau vietos.

Kalomelio unguente turi būti bent 33% kalomelio, tinkamai ištirpyto — išmaišyto, kuris greitai duoda emulsiją. Unguetas reikia sudėti į celuloidines tubeles (po 3 gramus kalomelio), kas padaro parankumą. Post coitum vyras pragnyba tubelę, įleidžia truputį unguento į uretrą, paskui apsitepa corona glandis ir visą varpą. Juo greičiau post coitum unguentas vartojama, juo tikresni rezultatai.[1])

Tad kalomelio unguentas yra geriausias ginklas apsaugojąs nuo venerinių ligų. Tiktai jis turi būti kompetentingų žmonių

[1]) Moterys kalomelio unguentą pavartoti gali ante coitum — A. J. K.

parytas ir tinkamai vartojamas. Atatinkamose aplinkybėse man daug kartų teko matyti neabejotiną kalomelio profilaktinę vertybę. Moterų gonorėjos (gonorrhea cervicis uteri, Bartholinitis, etc.) gydyme kalomelio unguentas (silpnesnis — 10%—15%) suteikia ytin gerų rezultatų kliniškai ir bakteriologiškai. Lokaliniame kondilomų gydyme kalomelis bene geriausiai veikia. Man patinka kalomelio unguentas (33%) inunkcijoms gydyme sifilio, geriau nekaip tradicinis mėlynasis tepalas (ung. hydrargyri). Terapeutiškai veiklus, baltas, drabužių nesutepa ir neturi visiems žinomo kvapo.

---

Iš Kauno Ligoninės chirurgijos skyriaus.

## Steinach'o pajauninimo operacija.

Dr. J. Žemgulys.

Jau iš senų laikų yra žinoma, kad lytinės liaukos turi ne tik gimdomąją (generatyvinę) funkciją, bet ir kitą funkciją—palaikymo organizmui taip vadinamųjų antrinių lyties ženklų: vyrams ūsų, barzdos, drūtesnio balso, vyriško nusijautimo, ūpo ir t.t. (Steinach [1], Tandler—Grosz [2] ir k). Tų antrinių lyties ženklų nykimas buvo pastebėtas pirmiausia kastratams. Kai kada net tyčia kastruodavo jaunus berniukus, kad neįgautų antrinių ženklų (drūtesnio balso).

Vėliau Steinach'as įrodė tatai dar lytinių liaukų (gilių' glandula) persodinimais. Jūros kiaulaites — patinukus jis kastruodavo ir įsodindavo jiems patelių lytines liaukas (ovarijus). Tie patinukai įgaudavo antrinių patelių ypatybių, taip kad net pieno liaukos pasididindavo ir jie duodavosi jauniems individams žystis. Atbulai, patelės, kurioms būdavo išimti ovarijai ir įsodinti patinukų inkstukai, įgaudavo vyriškų ypatybių (suvyrėdavo), jausdavo traukimą prie patelių ir t.t.

Del to ir tariama yra lytines liaukas dar praduokuojant į kraują tokios medžiagos (seksualinių hormonų), kurie palaiko organizmui tuos antrinius lyties ženklus (inkretorinė funkcija.)

Lipschütz (3) eina dar toliau. Jis sako, kad embrijonas iš pradžių turi aseksualinę formą, ir tik einant lytinės liaukos diferencijacijai į vyriškąją ar moteriškąją pusę, organizmas įgauna lyties ženklų.

Reikia pasakyti, kad ne visi tyrinėtojai sutinka, kad tiktai nuo lytinių liaukų pareina antriniai lyties ženklai. Biedl (4) sako, kad lyties išsivystymas pareinąs nuo veikimo visų inkretorinių (su vidujine sekrecija) liaukų. Seksualinis pobūdis galįs būti įrodytas kiekvienai taip vadinamajai kraujinei liaukai, ypač gūžinei ir antinkstinei. Jis net mano, kad ateisiąs laikas, kada iš gabaliuko bet kurio audinio histologiniais ir biocheminiais tyrinėjimais galima būsią pažinti individo lytis ir amžius.

Kad patys inkstukai priklauso nuo daugelio kitų organų, parodo eilė įvairių tyrinėjimų. Ernst Leupold (5) patologo-anatominiais tyrinėjimais ir eksperimentais galėjęs konstatuoti ankštą ryšį tarp antinkščių (gl. suprarenales) ir inkstukų (testiculi): pav., išjungdamas antinkščius galėjo padaryti sėklinio epitelijaus degeneraciją, tuo didesnę, juo jaunesnis gyvulys. Abu organu priklausančiu nuo gl. thymus ir, gali būti, dar nuo kitų organų su vidujine sekrecija. W. Becklinger (6) stebėjęs du adenomos atsitikimu priešakiniame hipofizio lope. Abiejuose atsitikimuose buvusi kartu inkstukų atrofija, sėklinio epitelijaus degeneracija, kanalėlių sienų hialinizacija, tarpinių narvelių mažas skaičius tebuvęs.

Jei del pačios inkretorinės inkstukų funkcijos buvimo ginčų dabar ir nėra, tai jų esama del to, kurios liaukos dalys tuos hormonus produkuoja.

Čia reikia atminti lytinės liaukos (šiuo tarpu labiau mums rūpimo inkstuko) anatomija. Inkstuke esama daugybės sėklinių vamzdelių, išklotų germinativiniu epiteliju. Prie pat vamzdelių sienos guli Sertoli'aus narveliai, kurie palaiko germinativinius narvelius. Tarp vamzdelių eina jungiamųjų audinių pluskos, o tose pluskose rendamos yra atskiros tarpinių (Leydig'o) narvelių kuopelės.

Seniau buvo, o daugelio dar ir dabar manoma, kad seksualinius hormonus leidžia tie patys germinativiniai narveliai, kurie ir sėklą gamina. Tarpiniams narvialiams ypatingos reikšmės nebuvo duodama. Prancūzai Bouin ir Ancel (7) pirmieji įmatė tarpiniuose narveliuose liauką su vidujine sekrecija (glande interstitielle), kuri leidžia seksualinius hormonus. Jųdviejų hipotezę perėmė Steinach'as, parėmė ją daugeliu eksperimentais gautų įrodymų ir praminė Leydig'o tarpinius narvelius pubertetine liauka (Pubertätsdrüse).

Pubertetinės liaukos egzistavimo šalininkai remiasi dabar histologiniais tarpinių narvelių tyrinėjimais žmonėms ir gyvuliams įvairiuose būviuose: narveliams funkcijonuojant ir nefunkcijonuojant, žieminio miegojimo metu, porinimosi metu, sergant ir t.t. Pasirodė, kad tarpiniai narveliai yra daug patvaresni ir ne taip greit žuva lytines liaukas persodinant arba Rentgeno spinduliais švintant (Albers-Schönberg ir kiti), kaip sėkliniai narveliai; kad jie viršija prieš lytinį subrendimą ir žiloje senatvėje, tuo tarpu kaip sėkliniai narveliai viršija tik didžiausio veisimosi metu. Atminkime taip pat, kad antriniai lyties ženklai taip pat yra daug patvaresni, nekaip sėklinių narvelių gaminimas. Pagaliau galėjimas persodinant lytines liaukas individą suvyrinti arba sumoterinti taip pat sako už tą, kad ne nuo germinativinių narvelių pareina antriniai lyties ženklai, nes persodintose liaukose germinativiniai narveliai sėklos negamina ir netrukus visiškai išnyksta, o tarpiniai narveliai, atvirkščiai, bujoja (Steinach).

Ne visi tepripažįsta pubertetinės liaukos buvimą. Pagal Stieve (8), Benda (3) ir k. tai esąs tik produktas neteisingų histologinių aiškinimų ir sumaišymų. Ne tarpiniai narveliai, bet gimdomieji narveliai esą hormonų leidėjai; tą įrodąs didelis bestuburinių gyvulių skaičius, kurie turi ryškius lytinus pobūdžius, o tarpinių narvelių neturi.

Dietrich (9) mano, kad tarpiniai narveliai turi maitinimo, rezorbcijos ir sandėlio rolę. „Pubertetinė" liauka išsivystant tik pubertetui užstojus. Jau $^1/_{400}$ inkstuko dalies pakanka, kad nebūtų iškritimo žymių (Ausfallerscheinungen).

H. Tiedje (10) randa, kad tarpiniai narveliai inkstuke turi analoginę rolę, kaip žvaigždiniai narveliai kepenoj ir retikuloendotelijus blužnyj ir limfos mazguose, t. y. jie dalyvauja medžiagos apsikeitimo valdyme.

H. Stieve (8) sako, kad Steinacho operacija yra botagas organizmui, po kuriuo jis šiek tiek susitempia, bet netrukus visiškai išsisemia ir galutinai pavargsta. B. Romeis (8) mano, kad „pajaunėjimo" simptomai pareiną nuo griuvančios lytinių narvelių medžiagos rezorbcijos. Jis su Schmincke aprašė vieną pseudohermafroditizmo atsitikimą, kur viename inkstuke buvo rasti visai normaliniai tarpiniai narveliai prie atrofuoto sėklinio epitelijaus.

Vokiečių patologų kongrese 1921. IV. 12—13 Steinach'o mokslas apie pubertetinę liauką taip pat buvo atmestas. Beveik visi pranešėjai ir kalbėtojai pripažino, kad vidujinė sekrecija pridera germinativiniams narveliams (11).

Dar 1912 metais Steinach'as paskelbė, kad jis, beeksperimentuodamas su jūros kiaulaitėmis ir žiurkėmis, pastebėjęs, kad „lytinių ženklų (kūno ir dvasios) nykimas veda prie senatvės, tų ženklų išsivystymas — prie jaunumo ir brandos. Bet kadangi tas kilimas ir slūgimas didžiojoj dalyj pareina nuo pubertetinės liaukos, tai prašosi klausimas, ar nėra galima tą slūgimą sulaikyti, ar nėra galima, atgaivinus sęstančią pubertetinę liauką, jaunumo ypatybės dar kartą individui sukelti".

(Kaip žinome, organizmo pajauninimo mėginimų buvo ir ankščiau daryta: didelę sensaciją savo laiku sukėlė Brown—Séquard'o ir Claude Bernard'o mėginimai pajaunėjimo pasiekti inkstukų ekstrakto injekcijomis arba Mečnikov'o pasiūlymas storąsias žarnas išjungti rezekcija arba bent jų florą pakeisti, kad išnyktų iš storųjų žarnų einančioji organizmo intoksikacija).

Pubertetinės liaukos funkcijonavimą galima padidinti: arba įsodinus sęstančiam individui gerai funkcijonuojančias pubertetines liaukas kitų individų, arba užrišus išvedamąjį sėklinį kanalą ir tuo būdu (arba Rentgeno spinduliais) privedus sėklos gaminamuosius audinius prie redukcijos, o intersticialinius audinius, sėklinių audinių lėšomis, prie hipertrofijos.

Inkstukų įsodinimas žmogui jau ir pirmiau buvo daromas kastracijos sekmėms pašalinti, bet sveikų, gerai funkcijonuojančių žmogaus inkstukų sunku yra gauti. Išvedamojo sėklinio kanalo (vas deferens) ligatūra buvo pasiūlyta jau 1893 m. kartu Harrison ir Isnardi, taip pat Lenander'io ir Helferich'o prie prostatos hipertrofijos kastracijos vietoje (12). Mat, jau senai buvo pastebėta, kad prostatos hipertrofija išnyksta po ligonio kastracijos. Tiesa, vazoligatūra tuokart buvo daroma ne visiškai tokiu pat būdu, kaip dabar ji siūloma. Vazoligatūra prie prostatos hipertrofijos nesusilaukė gerų rezultatų: tikrai gerų rezultatų davė tik 25% atsitikimų (Burckhardt) (12). Šlapinimosi pagerėjimas buvo labai netikras. Prie to dar būdavo ir labai negeistinų komplikacijų: greitas nesulaikomas jėgų nykimas, kūno ir dvasios išsekimas, greitas senimas ir ypač staigūs pooperaciniai proto sutrikimai ir mirtis. Taip buvę atsitikę ne vienam chirurgui.

Tų komplikacijų prisidėjimas yra aiškinamas įvairiomis priežastimis. Ir Steinach'as savo eksperimentuose su gyvuliais pastebėjo kartais normalinės prostatos patinimą po vazoligatūros. M. Nemmon (13), švitindamas Rentgeno spinduliais šunims inkstukus nuolat gavo žymų prostatos audinių bujojimą. Tą bujojimą jis taip aiškina: sėklinių narvelių atrofija veda prie tarpinių narvelių bujojimo; pasididinimas jų vidujinės sekrecijos gali sukelti padidintą prostatos augimą. Tuo būdu, jo nuomone, ir atsirandanti prostatos hipertrofija žmogui sęstant. Del to galimas daiktas, kad prie prostatos hipertrofijos vazoligatūra gali kartais ir pakenkti.

Payr (12) sako, kad kas kita yra senatvė eksperimentinių žvėriukų, kuri yra daugiausia fiziologinė, ir kas kita žmogaus arba kai kurių jaukiųjų gyvulių senatvė, kuri esti daugiausia patologinė (arteriosklerozas ir t.t.). Fiziologinė gyvulių mirtis ateina netrukus po veisimosi galios išsekimo, o žmogus dar ilgai gyvena intelektualiniu gyvenimu, lytiniam gyvenimui užgesus. Reiškia, dvasios jėgų kritimas žmogui nėra taip surištas su lyties jėgos kritimu. Jo nuomone, vazoligatūra patologinėj senatvėj gali duoti negeistinų komplikacijų.

Sėkliniams narveliams dar tebefunkcijonuojant, staigus vasis deferentis uždarymas gali duoti spermos susitvenkimą ir spaudimo pakilimą inkstuke, kas gali sukelti įvairių reiškinių iš nervų sistemos pusės (Payr, Kocher). Suprantama, kad taip gali atsitikti ypač neuropatams.

Pagaliau ir vas deferens prieš užrišant nebuvo taip rūpestingai izoliuojamas nuo smulkiausių indų, kaip dabar; dažnai vas deferens buvo iškerpamas arba net išplėšiamas, del to gadindavosi ir pubertetinės liaukos maitinimas.

Eksperimentuodamas su gyvuliais Steinach'as darė ir implantacijų ir vazoligatūrų. Vien tik implantacijos yra galimos sęstančioms žiūrkėms — patelėms sekmingai pajauninti. Patinu-

kams galimos yra ir implantacijos ir vazoligatūros. Po operacijos Steinach'as kiekvieną kartą matė žiūrkės pajaunėjimą: svarumas pakildavo, odos raukšlės išsilygindavo, ataugdavo iškritę plaukai[1]), temperamentas visiškai pasikeisdavo, lytinis traukimas atsigaudavo, ypač pailgėdavo keliais mėnesiais žiūrkių amžius, palyginti su kitomis laboratorijoj laikomomis žiūrkėmis. Viename atsitikime, užrišus vieną vas deferens, patinas tokiame amžiuje, kada veisimosi galia jau yra užgesusi, apvaisino patelę, kuri atvedė vaikų, kurie nomaliai augo ir veisėsi. Pajaunintos patelės galėjo būti apvaisinamos, atvesdavo vaikų, žindydavo juos ir atlikdavo visas funkcijas tokiame amžiuje, kuriame paprastai lytinės funkcijos yra jau užgesusios. Vaikai būdavo normalūs ir veislingi.

Žmonėms pirmąsias Steinach'o operacijas padarė, Steinach'o pasiūlymu, Lichtenstern'as ir 1920 m. kovo mėn. paskelbė jų rezultatus. Operuoti buvo 3 seniai: 1 — 44 metų (senium praecox), 1 — 71 m. ir 1 — 66 m. Ligatūra buvo uždėta tarp inkstuko ir epididymis. Po operacijos visiems pagerėjo bendras nusijautimas, pasididino kūno jėgos, bet labiausia sugrįžo buvusi užgesusi arba sumažėjusi libido ir potencija (iki jauno žmogaus stiprumo). Antriniai lyties ženklai taip pat atsinaujino: plaukai ir barzda labiau ėmė augti, suglebusi oda pasidarė tampresnė ir t. t. Vienam iš jų 3-ms metams po operacijos praslinkus vėl prapuolė regeneracijos reiškiniai ir sugrįžo senos negalės (15).

Nuo to laiko iki šiol yra padaryta jau daugybė Steinach'o operacijų, yra jau gana daug publikacijų laikraščiuose. Kai kurias čia paminėsime.

Tas pats Lichtenstern'as yra jau paskelbęs rezultatus 28 operuotųjų ligonių (vyrų); iš jų 8 su senium praecox. Iš jų 5 atsitikimuose rezultatai puikūs, kituose atsitikimuose (didžiumoj) geri, kituose neigiami. Pasireiškiančios permainos pastebimos ypač odoje ir plaukų augime. Permainos laikosi gan ilgą laiką (16).

Peter Schmidt (7) daręs operaciją 24-ms ligonims. Visi rezultatai labai geri. Jis pastebėjęs svarumo pakilimą iki 12 kilogr., plaukų augimą ir jų pigmentavimosi (vienas 62 metų senis įgavęs po operacijos net juodus plaukus), raumenų jėgos padidėjimą iki 20 brūkšnelių dinamometro, kraujo spaudimo nukritimą 30 — 50 mm. gyvojo sidabro ir paskui vėl lėtą jo kilimą, geresnį kraujo cirkuliavimą galūnėse ir lyties organuose, matymo pagerėjimą, pasididinimą (resp. atsiradimą) lytinės potencijos (visuose atsitikimuose), galėjimą dvasios jėgas ilgiau įtemptas laikyti, pasididinimą inciativos ir atminties, ūpo dirbti

[1]) J. Fiebiger (14), įsižiūrėjęs į pasenusių žiūrkių paveiksliukus Steinach'o knygutėse, randa, kad tos žiūrkės sunkiai sirgo suskiu (Räude). Steinach'o pajaunėjusios žiūrkės esančios tik nuo to suskio išgijusios.

pakilimą, sąmonybės, gyvenimo džiaugsmo, lytinio traukimo padidėjimą.

Finsterer (15) gavęs vienam vėžiu sergančiam ligoniui svarumo pakilimą 10 kilogr. ir darbingumo atsiradimą.

Littaur (3) gydęs impotentus Steinach'o operacija. Ligonys 24 — 63 metų. Rezultatai daugiausia geri, dalyj puikūs, 2-juose atsitikimuose jokie.

Stuzin (15) Steinach'o operaciją vartodamas nepasiekęs vienaip reiškančių rezultatų.

Loewy ir Zondek (10) ištyrė dujinį medžiagos apsikeitimą keturiems sekmingai operuotiems pacientams. Jiedu rado, kad vazoligatūra veda prie medžiagos apsikeitimo padidėjimo, kurs, tiesa, daugumoj atsitikimų greit pereina. Medžiagos apsikeitimo pakilimą jie aiškina spyriu, kurį duoda organizmui operacija ir kurs veda prie cheminių jaudinamųjų medžiagų atsiradimo organizme.

Hotz (17), remdamosi savo 3-mis atsitikimais su gana gerais rezultatais, priduoda betgi Steinach'o operacijai tik sugestivinės reikšmės.

E. Rychlik (18) iš 4 operuotųjų po 4 ir 11 mėn. pas vieną turėjo žymų jėgų ir švėžumo pakilumą, taip kad 60 m. vyras galėjo dirbti sunkiausius darbus, libido reiškiasi, potencijos nėra. Kitam (53 m.) švėžumas pakilo, libido ir potencija nežymiai geresnės. Dviejuose atsitikimuose neturėjo jokių rezultatų. Nė viename atsitikime nepastebėjo atmainų plaukų ar barzdos augime ar jų pigmentacijoje.

K. Mendel (19) praneša apie 2 atsitikimu. Vienam 33 m. eunuchoidui po operacijos buvę pagerėjimo, bet jis trukęs labai neilgai (apie 2 mėn.). Kitas pacientas, 61 m., po operacijos įpuolęs į psichozą neramaus pobūdžio, seksualinai nudažytą, su seksualiniais įsivaizdavimais ir mintimis ir po $3^1/_2$ mėn. miręs. Autorius mirties priežastį aiškina testitoksikozu ar posttraumatiniu psichozu. Bonhoeffer'is (20) randa šiame atsitikime tipingą arteriosklerotinį psichozą; seksualiniai vaizdai prie jo esąs paprastas dalykas.

Ką del mūsų pačių patyrimo su Steinach'o operaciją, tai jis yra labai nedidelis. Pirmas ligonis 78 m. prostatikas buvo operuotas (vazoligatūra iš vienos pusės) 1921. IX. 12. 8 dieną po operacijos išvažiavo namon. Išvažiuodamas sakėsi, kad jaučiasi gerai, apetitą ir miegą turėjo gerą, buvo linksmas. Bet ypatingų atmainų pastebėti nebuvo dar galima. Išvažiavęs nebesirodė, į rašytus jam laiškus nieko neatsakė.

Kitas ligonis, 64 m. prostatikas, pirmą kartą buvo operuotas (vazoligatūra iš vienos pusės) 1921. X. 13. 5 mėn. po operacijos jautėsi labai gerai, potencija turėjo didelę, be kitos lyties negalėjo gyventi, nors potencija ir prieš operaciją buvo; jautė žymų raumenų jėgų padidėjimą ir ūpo pagerėjimą, matė šiek tiek aiškiau. Šlapinosi gerai. Aiškių objektingų pajaunėjimo

reiškinių konstatuoti betgi negalėjome. Po 5 mėn. šlapinimosi sutrikimas vėl ėmė jaustis ir ligonis labai prašė padaryti jam tą pačią operaciją iš kitos pusės, kas ir buvo atlikta 1922. III. 22. (vazoligatūra iš kitos pusės). Po antros operacijos ligonis vėl kurį laiką jautėsi gerai, bet vėliau šlapinimosi vėl sutriko, taip kad būtinai reikėjo išimti prostatą, ką mes jam ir padarėme VI. 4. Po to ligonis taisosi.

Trečias ligonis, 60 m. senis, operuotas 1922. V. 29 (hidrocelės operacija ir vazoligatūra iš vienos pusės), atrodo VI. 7 labai gerai, yra linksmesnis, nekaip pirmiau paprastai, jaučia ypatingą kūno lengvumą, apetitą ir miegą turi gerą, potencijos nėra. Daugiau ką nors pastebėti, gal del laiko trumpumo, nepavyko.

Ketvirtas ligonis, 69 m. senis, operuotas 1922. V. 31 (kylos operacija ir vazoligatūra iš vienos pusės). Po operacijos pasitaisė, vaikščioja, bet jokių ypatingų atmainų iki VI. 8 nebuvo dar galima pastebėti.

Iš viso, kas pasakyta, negalima tvirtinti, kad Steinach'o operacijos rezultatai būtų labai tikri. Tiktai ir kenkte ji, taisyklingai padarius ir nedarant kada ji yra kontraindikuota, matomai nekenkia.

Operacijos technika yra labai nepaini. Vietinė anestezija. Ligatūra darosi arba tarp inkstuko ir epididymis, arba aukščiau epididymis. Pirmas kelias techniškai yra sunkesnis, o po gonorėjos arba traumos, kada esti daug suaugimų, tai ir negalimas, bet čia, Steinach'o nuomone, mažiau esą šansų pažeisti smulkiausius indus, ir susitvenkimas ir rezultatai pasireiškią veikiau. Antras kelias, aukščiau epididymis, techniškai yra lengvesnis: kaire ranka reikia laikyti apčiuopus ir prie odos prispaudus vas deferens, dešiniąja ranka padaryti ant jo nedidelę odos inciziją, bukiu kabliuku išimti vas deferens, izoliuojant jį nuo smulkiausių indą, ir uždėti 1 — 2 šilko ligatūras. Tarp jų, didesnio tikrumo dėliai, vas deferens galima perpiauti. Pora siūlių ant odos.

Kaip indikacija Steinach'o operacijai autorių statomas yra ankstybas ir tikrasis dalinis ir bendras senumas su augančiu nedarbingumu, taip pat ir antrinių jaunumo ženklų išnykimas: plaukų iš galvos ir barzdos iškritimas, lašinių krūtyse ir šlaunyse atsiradimas, odos plonėjimas ir raukšlėjimosi, raumenų jėgos ir lytinio traukimo išnykimas, moteriško ūpo atsiradimas (nepastovus ūpas, verkšlenimas ir t. t.).

Kontraindikacijomis įvairių autorių laikomi yra visi arba kai kurie iš šių būvių:

1). Geras sėklos produkavimas.

2). Neuropatia (mania, depresiviniai būviai).

3). Prostatos hipertrofija. Šiame atsitikime geriau daryti tiesiai prostatektomiją, nes prostatektomiją darant vasis deferen-

tis galai nusitraukia, užanka ir užsidaro ir tuo būdu savaime pasidaro Steinach'o operacija. Kraujo spaudimo nukritimas ir kitų „pajaunėjimo" reiškinių atsiradimas po prostatektomijos jau senai daugelio chirurgų buvo pastebėtas (12).

4). Esant organiniam organizmo senumui (permainos širdies, indų, inkstų, kasos, žarnų ir t. t.).

5). Perdaug didelis organizmo išsekimas, taip kad nebegalima tikėtis atsigavimo.

6). Senilinė inkstukų atrofija.

7). Lues, tuberkuliozas, neoplasmos.

8). Esant jau kanalo uždarymui nuo triperio.

9). Esant antriniams lyties ženklams kitų ligų sugadintiems (dystrophia adiposogenitalis).

Pilnumo dėliai reikia dar pasakyti kelis žodžius apie inkstukų implantaciją. Tą operaciją negalima vadinti Steinach'o operacija, nes ji ir ankščiau taip pat buvo daroma (kastracijos sekmėms pašalinti ir t. t.). Ji ir tuo skiriasi nuo vazoligatūros, kad negali pakenkti individui: jei naudos neatneš, įsodintas inkstukas atrofuosis ir viskas. Daug chirurgų principialiai stovi už implantaciją, ne vazoligatūrą.

Implantacijos operacija yra sunkiau įvykdoma, kadangi, kaip sakiau, sveikas inkstukas sunkiau gaunamas. Seniau šiek tiek jų gaudavo iš kriptorchikų, bet dar prieš Steinach'ą buvo pastebėta, kad ir kriptorchinių inkstukų pašalinimas iš organizmo pacientui nėra be reikšmės (21). Daugiausia medžiagos implantacijoms galima gauti iš mirtinai sužeistųjų. Kartais implantatų duoda giminės ar pažįstami (tėvas, brolis ir t. t.). Kartais pavyksta implantacijos iš šviežio lavono inkstuko. Amerikoje vartoją net gyvulių inkstukus (22).

Implantacijos yra daromos į mašnelę, properitoneumą (12), arba pusė inkstuko ploniausiu siūlu prisiuvama prie skarifikuoto m. obliquus (23), arba įsiuvama į skersinį piūvį inkstuko gavėjo (24). Implantuoti galima ir ne visą inkstuką, bet atskiras riekes iš jo. Daugiausia perspektivų prigyti duoda dar šilto inkstuko transplantacija.

Inkstukų implantacijai indikacijos yra šios: paaugę kastratai, įgimtas ir įgytas eunuchoidizmas, ir homoseksualitetas (R. Mühsam, R. Lichtenstern, 24). Rohleder (25) siūlo gydyti inkstukų implantacija ir prostatizmą, vietoj gydymo organiniais inkstukų preparatais, nes pastarųjų veikimas čia nėra pilnas ir tikras.

Implantato veikimas pradeda reikštis kartais jau po 1 savaitės, žymiai reiškiasi tik nuo 3—4 savaitės; toliau reikšmė eina didyn ir gali tęstis daug metų (nuo pirmųjų Lichtenstern'o tos rūšies operacijų praėjo jau 6 metai). Mühsam'o (10) atsitikimuose kastratui $^3/_4$ metų po įsodinimo praėjus sugrįžo potencja, balsas tapo žemesnis, ūsai vel ėmė augti. Kitas biseksualikas buvo visiškai išgydytas nuo savo nenormalinio palinki-

mo, vedė ir gyvena normališkai. Dar kitas jaunas žmogus su homoseksualiniais palinkimais, išėmus jam vieną jo inkstuką ir implantavus sveiką, įgijo palinkimą prie moteriškos lyties. Tam palinkimui apsilpus po kurio laiko buvo implantuotas kitas inkstukas, ir traukimas prie moterų padidėjo. Ketvirtas, kurs visai nesidomėjo moterimis, 3-ms mėnesiams po sveiko (kriptorchinio) inkstuko implatacijos praslinkus, pajuto palinkimą prie moteriškos lyties, sapnuoja jas ir turi erekcijas.

G. F. Lydston (6) implantavo inkstuką į kairiąją mašinėlės pusę 34 m. vyrui su moteriškais antriniais ženklais (lyties organai — 9 metų vaiko) ir aiškiu hipotireoidizmu, be libido. Inkstukas paimtas 18 metų vaikinui 24 val. po mirties (fractura cranii) ir 30 val. ledų spintoj konservuotas. Greit pasirodė libido ir erekcijos. Inkstukai pasididino. Po 4 mėn. vedė ir atlieka vyro pareigas. Kitas ligonis 36 m.. prieš 6 metus kastruotas del tuberkuliozo iš abiejų pusių. Po kastracijos gavo moteriškų ypatybių. Implantacija dviejų inkstukų į surandėjusią mašnelę davė pagerėjimo, tolimesnė implantacija vieno inkstuko davė patenkinamų rezultatų.

Lichtenstern'o nuomone, visiškai ir tikrai homoseksualikus išgydyti galima tik abu inkstuku išėmus ir sveikus įsodinus, bet tada užkertamas yra kelias kada nors galimam potentiae generandi atsiradimui. Nepavykus vieną kartą inkstukų įsodinimo operaciją galima pakartoti kelis kart.

Stabel (3) laiko negalimu inkstukų implantacija homoseksualikus gydyti: daręs implantacijas 6-ms homoseksualikams, visi rezultatai neigiami.

W. H. Morley (26) taip pat mano, kad intersticialinių liaukų transplantacijos rezultatai yra dar labai abejotini. Transplantuotas audinys nyksta ir transplantacijos veikimas yra tik laikinas.

Kreuter (27) implantavo vienam iš abejų pusių kastruotam ligoniui homoseksualiko inkstuką — pacientas homoseksualiku nepatapo ir paliko heteroseksualiku. Homoseksualikui implantavo sveiką inkstuką — jokių rezultatų neturėjo. Histologiniai implantatų tyrinėjimai po 2-jų metų parodė visišką implantato nekrozą.

Taip pat ir su ovarijų transplantacija gauta teigiamų rezultatų: pav. H. Eich (28), aprašydamas 100 autoplastinių ovarijų transplantacijų, Cramer'o padarytų, sako, kad dauguma pacienčių, kurioms išėmus adneksus paliktas buvo uterus ir įsodintas atgal 1 ovarijus, po 2—8 mėn. gavo vel mėnesinius, kurie rodėsi dar 5—6 metus, o 2-m net 10 metų. Kol turėjo mėnesinių, pacientės nesiskundė iškritimo reiškiniais. Taip pat geri klininiai rezultatai gauti moterims, kurioms negalima buvo gimdos palikti. Autorius laiko ovarijaus reimplantaciją morale pareiga.

---

1. Steinach. Verjüngung durch experimentelle Neubelebung der elternden Pubertätsdrüse. Verlag J. Springer, Berlin 1920.
2. Tandler u. Grosz. Die biologischen Grundlagen der

sek. Geschlechtscharatere, Berlin 1913. 3. Dtsch. med. Woch. 1921' Nr. 41, pp. 1247. 4. Ibid. 5. Zentralbl. f. Chir. 1921, Nr. 11. 6. Ztrbl. f. chir. 1921, Nr. 36. 7. Peter Schmidt, Zeitsch. f. ärztliche Fortb. 1922, Nr. 1. 8. Zeitschr. f. ärztl Fortb. 1921, Nr. 23, pp. 676. 9. Deutsche med. Woch. 1921, Nr. 36, pp. 1080. 10 D. med. Wochenschr. 1921, Nr. 13. 11. Dtsch. m. Woch. 1921, Nr. 23. pp. 665. 12. Payr, Ztrbl. f. Chir. 1920, Nr. 37. 13. Ztrbl. f. Chir. 1921, Nr. 36, pp. 1328. 14. Wien. klin. Woch. 1921, Nr. 30, 15. D. med. Woch. 1921. Nr. 45, pp. 1380. 16. Boruttan, Zeitschr. f. ä. Fortb. 1921, Nr. 5. 17. D. med. Woch. 1921, Nr. 10, pp. 280. 18. Zentbl. f. Chir. 1921, Nr. 45. 19 D. med. Wochenschr. 1921, Nr. 34, 20. D. med. Woch. 1921, Nr. 36, pp. 1077. 21. E. Finotti, Arch. f. klin. Chir. Bd. L V, 1897. 22. Klein, D. med. Woch. 1921, Nr. 47, pp. 1446. 23. Lichtenstern, Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. VI, H. 5—6. 24. E. Unger, Zsch. f. Urol. 15, H. 5. 25. D. med. Woch. 1921, Nr, 7. 26. Ztrbl. f. Chir. 1921, Nr. 39. 27. Ztrbl. f. Chir. 1922, Nr. 16. 28. Ztrbl. f. Chir. 1921, Nr. 42.

## Europos Sanitarinėj Konferencijoje Varšuvoje 1922 m. kovo m. 20-28 d. priimtos rezoliucijos.

**Pirmosios komisijos 1922 m. kovo m. 22 d. pasiūlyta ir Konferencijos priimta rezoliucija.**

Išklausiusi Tautų Sąjungos Higienos Sekcijos ir įvairių valstybių delegacijų pranešimus ir aplankiusi karantinus, ligonines ir kitas kovai su epidemijomis įstaigas rusų — lenkų pafrontėje, Europos Sanitarinė Konferencija priėjo prie šių išvadų:

1) Padėtis, kurioje Rytų Europa atsidūrė laike ir po pasaulinio karo, labai daug padėjo išsiplatinti pavojingoms epidemijoms, ypač epidemijoms, kurios platinasi per vabzdžius (pavyzdžiui — dėm. ir grįžtamoji šiltinės), per valgį ir vandenį (pavyzdžiui, cholera, vidurių šiltinė, kruvinoji), ir kitoms limpamosioms ligoms (pav. raupai). Dėmėtosios šiltinės atsitikimų Rusijoje prieš karą kasmet buvo apie 90000, grįžtamosios apie 30000; 1920 m. susirgimų dėm. šiltinė skaičius, oficialinai konstantuotas, pakilo iki 3.000.000, grįžtamosios iki 1.000.000. Ta pati progresija konstatuojama Lenkijoje ir kituose Rytų Europos kraštuose.

2) Įsigalėjus šitoms epidemijoms, valstybės organizavo ir tuojau pritaikino ištisą eilę visokių kontrolės ir apsaugos priemonių, kurios tiktai buvo galimos, atsižvelgiant į sunkią ekonominę ir socialinę padėtį, ir šitos pastangos laike 9 pirmųjų 1921 m. mėnesių davė žymų padėties pagerėjimą. Susirgimų dėm. šiltine skaičius Lenkijoje 1920 m. nuo 157.000 nusileido iki 48.000; Rusijoje 1921 m. nuo 3.000.000 iki 600.000, Rumunijoje nuo 45855 iki 4834.

3) Dėja, gale 1921 m., del naujų svarbių atsitikimų, sąryšyje

su badu, emigracija ir grįžimu tremtinių, kova su epidemijomis mažai turėjo jėgos, kas privedė prie staigaus ir stipraus padidėjimo dėmėtosios ir grįžtamosios šiltinių epidemijų, sąryšyje su choleros epidemija. Išklausiusi pranešimų atsakomingų atstovų, grįžusių iš epidemijų apimtų rajonų Volgos, Ukrainos ir pakraščių Juodosios Jūros, — Konferencija pastebėjo, kad padidėjimas ir išsiplatinimas choleros Ukrainoje ir didelė emigracija iš bado apimtų rajonų į šiaurės vakarus sudaro tesioginį pavojų likusiai Europos daliai. Blogos sąlygos ir emigracija iš bado ir epidemijų apimtų šalių kaskart auga, ir bendra padėtis darosi kaskart pavojingesnė.

4) Del šių priežaščių, ir turint galvoje, kad priežastys, kurios davė pradžią ir išplatino cholerą ir kitas pavojingas epidemijas Rytų Europoje, veikia su padidinta jėga toliau, Konferencija priėjo prie nusistatymo, kad, jeigu tuojau nebus padėtos visos pastangos ir priimtos greitesnės priemonės, negu iki šio laiko, tai dabartinis dalykų stovis gali būti priežastimi daug didesnių nelaimių: padidinto mirtingumo epidemijų apimtų kraštų gyventojų tarpe, kliūtimi šalies atstatymui, prekybos nutraukimo ir sudarymo didelio pavojaus visam Europos kontinentui.

5) Konferencija dar konstatuoja, kad sunkumai dabartinės kovos su epidemijomis yra didesni del gydytojų ir kompetentingo personalo stokos, kas iš dalies pareina nuo žymaus sirgimo ir mirtingumo tų, kurie taip dorai ir pavyzdingai aukojo savo gyvybę šitoje kovoje.

**Pono Castellani pasiūlyta ir 1922 m. kovo 27 d. Konferencijos priimta rezoliucija.**

Turėdama galvoje reikalingumą sustiprinti medicinos ir sanitarijos personalą kovai su epidemijomis Rytų Europoje ir numatydama, kad šita kova tegali būti sekmingai vedama tiktai drauge su personalu nukentėjusių šalių, konferencija siūlo organizuoti visokių rūšių medicinos personalo šitoje srityje lavinimui kursus dviejuose ar trijuose centruose, pav. Varšuva, Krakovas, Maskva. Reikia pakviesti visų kraštų specialistus, turinčius prityrimo medicinos ir sanitarijos tarnyboje, bendradarbiauti su instruktoriais šiame dalyke.

Šituose centruose reikalinga organizoti nuolatinius muzėjus, aprūpintus visokiais aparatais ir įrankiais panaikinimui infekcijos ir kovai su epidemija. Konferencija prašo technikos organizacijos, kuriai bus pavestas vykinimas priimtų nusprendimų, grėbtis kuogreičiausia reikalingų premonių realizavimui šio reikalavimo

**Konferenc. priimtos 1922 m. kovo 28 d. antros komisijos rezoliucijos.**

Pirmoji rezolucija.

Vadovaudamos pasitarimais ir pranešimais ir turėdama galvoje Rytų Europoje viešpataujančias epidemijas, Konferencija priėmė šią rezoliuciją:

1) Tarptautinės taisyklės del infekcinių ligų turi apimti ir kitas Paryžiaus Konferencijoje nepaminėtas ligas.

2) Priverstina infekcinių ligų registracija turi apimti ir kitas Paryžiaus Konferencijoje nepaminėtas ligas ir registracijos sistema turi būti organizuota tiksliau.

3) Nustatytosios griežtos priemonės panaikinimui infekcinių ligų, ypač Rytų Europoje siaučiančių, turi būti įvykintos ir jose, be bendrų dėsnių, turi būti išdirbtos dar atskiros taisyklės kurios liestų:

a) Keliavimą per sieną (skaitant ir mažesnes keliones);

b) Keliavimą garlaiviais.

4) Įvykinimui priemonių įvardintų 1, 2. ir 3 §§. kraštai, apimti epidemijų, ir kraštai, kuriems jos grėsia, kuogreičiausia turi sudaryti su kita kita konvencijas, kurių nusprendimus galima įvairinti, vaduojantis kiekvienos šalies ypatybėmis, tačiau laikantis pamatinių principų, išdirbtų šiame pasitarime.

### Antroji rezoliucija.

Abipusis pripažinimas liūdymų gydytojų, valstybės įgaliotų daryti skiepimus, dezinfekcijas ir dezinsekcijas, palengvins susisiekimą tarp susitarusių valstybių.

### Trečioji rezoliucija.

Konferencija pageidauja, kad į dienotvarkę vienos iš artimiausių sanitarinių tarptautinių konferencijų įeitų dar kiti sveikatos apsaugos klausimai, pavyzdžiui. socialinė higiena (tuberkuliozas, veneros, profesinės ir kitos ligos) apsimainymas gydytojais ir t. t., kad tokiu būdu įvesti artimą bendradarbiavimą visų valstybių socialinės higienos srityje. Bet konferencija mano, kad be dalyvavimo visuomenės opinijos sanitarijos bandymai neprives prie tikslo, todel laiko reikalingu sistematingais paaiškinimais tobulinti šiame dalyke visuomenę.

### Ketvirtoji rezoliucija.

Spėjama, kad tarp Valstybių bus padaryta daug sanitarinių konvencijų, ir tada gali pasirodyti reikalinga esant išsprendimui įvairių ginčijamų klausimų, kylančių konvencijos nutarimus vykinant, įsteigti tokiems ginčams rišti arba tarpininkauti organą. Geriausia būtų, kitų valstybių teisių peržengimui išvengti, pavesti šitą išsprendimo arba tarpininkavimo darbą Higijenos Skyriui prie Tautų Sąjungos specialei to skyriaus paskirtai komisijai.

### Konferencijos priimtas 1922 m. kovo 22 d. trečios komisijos pranešimas.

Ką del principų, kuriais ši akcija turi remtis, tai konferencija rūpestingai ištyrė 2 pagrindiniu planu:

1) Defensivos (apsaugos) planą, kuriame numatomas sustiprinimas ir papildymas priešepideminių priemonių Rusų, Baltgudžių, Ukrainos ir kitų, turinčių su jais Rytuose sienos, kraštų fronto zonoje.

Minimumas, reikalingas šiam planui įvykdinti, konferencijos nuomone, yra:

a) Pagerinti ir papildyti jau esančias šiam tikslui įstaigas Sebeže, Polocke, Minske, Gomelėj ir Šepetovkoje.

b) tas pat Pietų Rusų uostose, ypač Odesoje, Nikolajeve, Chersone ir Rostove.

c) tas pat Suomijoje, Estijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Lenkijoje ir Rumunijoje.

2) Planą, jungiantį sustiprinimą organizacijų fronto zonoje su nuolatinėmis priemonėmis, kurios veiks Rusijoje ir Ukrainoje.

Šitos priemonės yra:

a) Fronto zonoje: visos 1-am punkte įvardintos priemonės.

b) Rusijos ir Ukrainos viduryje: Sustiprinimas sanitarinių organizacijų gelžkelių mazguose ir kitose svarbiose epidemijos atžvilgiu vietose Rusijos viduryje, ypač Smolenske. Kijeve, Charkove, Odesoje ir įvairiuose cholera užkrėstose Ukrainos dalyse.

c) Sustiprinimas sveikatos apsaugos personalo Rusijoje ir Ukrainoje, kas yra labai svarbu priešepideminiam darbui.

Svarstydama siūlomąjį veikimo metodą, konferencija neužmiršo ir nustatytos programos platumo ir išlaidų jai įvykinti reikalingų, jeigu net taikyti ją tiktai kaimyniniams Rusijai kraštams; antra vertus, Konferencija yra tikra, kad kova bus be sekmių, jeigu ji bus koncentruota tiktai šituose kraštuose arba fronto zonoje. Konferencija yra tikra, kad ne tiktai Rusų atstatymas yra negalimas, kol siaučia tenai epidemijos, bet nuolatinis pavojus šitų epedemijų išsiplatinimo sudaro didelį kliūti ir kaimyninių kraštų atstatymui.

Kadangi dėmėtosios ir grįžtamosios šiltinių epidemija kartu su cholera greitai plečiasi Rusijoje ir Ukrainoje, joks ekonominio atstatymo projektas negali būti įvykintas, kol nebus pagerinta tų šalių sanitarinė padėtis. Jei toks užsitęsęs pavojingas stovis truks toliau, labai kliudys kiekvienam prekybos susiekimo bandymui ir stabdys kiekvieną pastangą sutvarkyti krašto ūkio ar ekonomijos padėtį.

Tikrai įvertindama darbą tokiose aplinkybėse Sovietų sanitarinio personalo — Konferencija yra betgi po giliu įspūdžiu didelių nelaimių ir mirtingumo Rusijoje. Antra vertus, ji konstatuoja, kad pakraščio valstybėse, ypač Lenkijoje, sveikatos apsauga patenkinimai yra organizuota, ir sanitarijos personalas yra visai kompetentingas ir tikslingai dirba.

Del šių priežasčių Konferencija nusprendė panaikinimui epidemijų pritaikinti kombinuotą kovos planą, jungiant apsaugos darbą paseniuose su priešepidemine akcija Rusijos viduryje.

**Prof. dr. Otto pasiūlyta ir Konferencijos 1922 m. kovo 28 d. priimta rezoliucija.**

Europos Sanitarinė Konferencija aiškiai pabrėžia, kad kartu su įvykdymu higienos priemonių Rusijoje ir Ukrainoje reikalinga organizuoti kovą su badu, kaipo su viena iš svarbiausių epidemijų priežasčių ir šiam darbui reikalinga pakviesti visas tautas. — Be tos sąlygos tikslinga kova su epidemijos yra negalima.

**Trečios komisijos pasiūlyta ir Konferencijos 1922 m. kovo 28 d. priimta rezeliucija.**

1) Turėdama galvoje, kad sanitarirnė padėtis Europoje yra labai pavojinga, Konferencija mano, kad kova su epidemijomis reikalauja didelių jėgų kurios negali būti suteiktos tiktai pirmoje eilėje suinteresuotų kraštų.

2) Visos Europos valstybės kviečiamas aktingai dalyvauti kovoje su epidemijomis, kurios siaučia Rytų Europoje.

3) Padalinimas išlaidų tarp valstybių, kurios skaitosi Tautų Sąjungos nariais, bus padarytas pagrindais, priimtais Tautų Sąjuogos antrame susirinkime.

4) Visos kitos valstybės bus pakviestos dalyvauti išlaidose panašiais pagrindais.

5) Valstybės, kurios savo teritorijoje veda kovą su epidemijomis savo lėšomis, galės išskaičiuoti iš bendros reikalaujamos iš jų sumos tuos pinigus, kuriuos jos išleido šiam tikslui namie.

6) Dalyvavimas gali būti piniginis, medžiaga arba personalu.

7) Darbo vedimas ir nuspręstų priemonių įvykdymas yra uždavinys vien tik sanitarinio personalo suinteresuotų kraštų.

8) Įvykdymas rezoliucijų, priimtų sanitarinės Europos konferencijos Varšuvoje, pavedamas Tautų Sąjungos Higienos organizacijai.

Jei Europos valstybės Tautų Sąjungos epidemijos komisijai tarpininkaujant norės kuriam nors iš suinteresuotų kraštų suteikti pagalbos pinigais arba kitoje formoje, — tai vartojimas lėšų arba medžiagos bus pavestas šitos komisijos kontrolei.

Konferencija pabrėžia reikalingumą prileisti į Tautų Sąjungą visas valstybes, kurios prie jos dar nepriklauso.

**Rusų ir Ukrainiečių delegacijos pasiūlyta prie 8 § antra rezoliucija.**

8) Įvykdymas Europos Sanitarinės Konferencijos Varšuvoje rezoliucijų taip pat ir priemonių, kurios ateityje gali būti reikalingos, turi būti pavestas specialei tarptautinei komisijai: Visos valstybės turi būti prileistos dalyvauti šitoje komisijoje lygiomis teisėmis. Šita tarptautinė komisija turės teisės kontroliuoti vartojimą pinigų ir medžiagos kiekvieno iš savo narių.

**Pasiūlymas p. Messea Konferencijos priimtas 1922 m. kovo 28 d.**

Konferencija sutinka su pranešimais „in extenso“ trečios komisijos ir visų subkomisijų ir sutikdama su Rusų ir Ukrainečių rezervomis dėliai dalyvavimo pagalbos akcijos išlaidose, priima jų rezoliuciją kaipo mažumos rezoliuciją.

Vertė F. Tallat — Kelpša.

---

## Vėžys ir piktieji navikai apskritai naujų patyrimų šviesoje [1])

**Dr. med. J. Mackevičaitė** (Berlyne).

1. Gigantinių narvelių sarkoma pelvis minoris. Pacientui daryta operacija; navikas tačiau nepašalintas, piūvio vietoje pasiliko didelė hematoma. Po to ligonis puikiai pasitaisė. Po 18 metų rastas sveiku.

2. Myxosarkoma $1^1/_2$ metų vaikui. Piūvis diagnozui patikrinti; pasidaro infekcija pyocyaninių mikrobų; navikas pranyksta visai. Po $12^1/_2$ metų vaikas rastas sveiku.

3. Enchondroma region. hypogastrico — inguinalis 43 m. pac. Prasideda pūliavimosi procesas — navikas išnyksta visai.

4. Krūties melanosarkoma; metastasai pažastyje. Extirpatio. Po 4 savaičių recidivas operacijinio piūvio vietoje. Atsiranda sunki progresuojanti rožė; recidivas išnyksta be žymių — po 8 metų pac. rasta sveika.

5. Tonsilų sarkoma 11 m. mergaitei; grėsia uždūsimo pavojus. Padaryta tracheotomija. Po operacijos rožinė infekcija. Prasidėjus rožei navikas išnyko ir nedavė recidivo per 2 metus. Toliau pacientei sveikata nebuvo kontroliuojama.

6. Adenoma maligna recti. Padaryta rezekcija, bet tuojau po operacijos atsirado recidivai, vėl padaryta operacija, ir vėl po operacijos recidivai. Po kurio laiko tie recidivai savaime išnyko. Dar po 2-jų metų pac. rastas sveiku (Rotter).

7. Ca mamae inoper. — po šiltinės visiškai savaime išgijo.

Pirmus tris atsitikimus aprašė chirurgas Müller'as (Rostock). Rokitanski's nurodė jau 1846 m. vieną savaime išgijusį vėžio atsitikimą. Fehlsein'as ir Busch'as aprašė atsitikimų, kur kai kurie veido navikai pranyko, atsiradus rožei. Fischer'is nurodė 1880 m., kad ligos su aukšta $T^0$ ir palyginti greitai silpninančios ligonio jėgas (kaip aštrios exantemos, skarlatina, maliarija, šiltinė), gali sustabdyti augimą kai kurių navikų, ypatingai sarkomų, adenomų ir limfos liaukų arba iššaukti jų regresą, o kartais ir išnaikinti. Paskutiniu laiku daug dirbama išaiškinti navikų išgijimo ir jų pagerėjimo atsitikimams, neoperavus jų ir nešvitinus R-spinduliais. Konieczny konstatavo, kad nykstant vėžiui jauga į jo narvelių protarpius plazmoceluliarinės ir limfo-

[1]) Žr. „Medicina“ š. m. Nr. 4.

celuliarinės granuliacijos audiniai ir augdami suskaldo naviko mases į mažas narvelių grupes. Kai kuriose vietose jis pastebėjo visai izoliuotus vėžio narvelius su aiškiai išreikštais regresiniais reiškiniais (taukinė degeneracija, vakuolizacija, branduolių sugriuvimas, dažumo sumažėjimas). Kitose vietose jau makroskopiniai matė mažus, baltus randus; mikroskopiniai tose vietose naviko narveliai buvo gausiai apsupti jungiamųjų audinių. Labiau išsimainiusieji narveliai buvo įrakinti į gigantinių narvelių ratą. Ribbert'as tuos jo radinius patvirtino. Kodel navikų narveliai degeneruojasi, sunku tikrai pasakyti. Priežastis, reikia manyti, glūdi bendroj organizmo apsigynimo jėgoj ir vietinėj jo reakcijoj. Ribbert'as mano, kad limfocitai produkuoja tam tikrą toksiną, kurs yra navikų narvelių žuvimo priežastimi. Organizmo apsigynimo jėgų veikimą pripažįsta ir Borst'as.

Jeigu neužtenka organizmui apsigynimo jėgų, tai įsiviešpatauja liga. Tuo būdu aiškinami ir navikų atsiradimo laikas bei metastazų gausingumas. Tą patvirtina Schmorl'io ir Lubarsch'o tyrinėjimai.

Tokiu būdu matome, kad vėžys gali išgyti ir neoperuotas. Geriausiai ištirtos tokio išgijimo priežastys yra cheminis sveikų narvelių (rsp. limfocitų) veikimas ir jungiamųjų audinių proliferacija. Todel gydant piktuosius navikus, reikia pradėti nuo viso organizmo atsparumo ir jo apsigynimo jegų pakėlimo, o taip pat sustiprinimo tikslios vietinės reakcijos. Ištikimiausiu gydimo metodu pasilieka tuo tarpu vis dar *operacija* ir kai kuriuose atsitikimuose (gimdos ca) švitinimas Rentgeno spinduliais, arba tų abiejų gydymo būdų kombinacija. Bet dažnai nei vienas nei antras būdas, nei jų kombinacija neveda prie tikslo. Naujų keliai nei navikų etiologijoj, nei jų terapijoj dar neišdirbti; dar apgraibomis einama pirmyn; dar teberenkami navikų atsiradimo, jų augimo ir gijimo įvairiose aplinkybėse faktai ir ieškoma būdų tiems įvairiems reiškiniams išaiškinti. O ateityje gal ir pasiseks, naudojantis tais faktais atrasti naujų tikresnių kelių.

Galas.

---

Iš Kauno Ligoninės chirurgijos skyriaus.

## Ankstyba apendicito operacija kitur ir pas mus.

J. Žemgulys.

Apendicito gydymo klausimu Lietuvos gydytojų tarpe yra dar daug svyravimų ir nenusistatimo, o apendicito gydymas ankstybame stadijuje yra visiškai iškrykęs.

Negali būti, kad pas mus žmonės žymiai mažiau tesirgtų apendicitu, kaip kituose kraštuose. Gali tik būti, kad pas mus žmonės, ypač ligos pradžioje, mažiau tesikreipia į gydytojus. Nemaž ligonių, nežinodami dalyko padėties, bijosi operacijos.

Šiek tiek ligonių, nepasitikėdami Lietuvos chirurgais, važiuoja gydytis į Vokiečius. Tačiau negalima neigti, kad pas mus nemaž yra tokių gydytojų, kurie principialiai gydo apendicitą konservativiškai, ypač ankstybame stadijuje.

Tatai galima, man rodos, ir iš to matyti, kad apendicito operacijų skaičius Lietuvoje yra stebėtinai mažas. Taip Kauno Ligoninės chirurgijos skyriuje per paskutinius 2 metu ir 5 mėnesius (nuo 1920. I. 1) gydyta del apendicito tik 62 ligoniu. Iš jų 37 ligonys buvo taip vadinamąjame šaltame perijode atsiųsti operuoti. *Pirmąją arba antrąją staigiojo priepuolio dieną neatvažiavo nė vienas ligonis.* Dviem parom nuo priepuolio pradžios sukakus įstojo 2 ligoniu (abu jau su daliniu peritonitu). Trečią ligos dieną įstojo 2 ligoniu (1 su daliniu peritonitu, 1 su visuotinu peritonitu). Penktą ligos dieną įstojo 2 ligoniu (abu su didokais infiltratais), 7-tą dieną — 4 ligonys (1 su daliniu peritonitu, 1 su aiškiu abscesu, 1 su infiltratu ir 1 priepuoliui besibaigiant — operuotis).

Apskritai su infiltratais buvo priimti 9 ligonys, su abscesais — 5, su daliniu peritonitu 4, su visuotinu difuziniu peritonitu 1, su skausmų recidivu po apendektomijos — 1.

Iš pasikalbėjimų su kitų ligoninių chirurgijos skyrių vedėjais žinau, kad ir kitose ligoninėse panašiai dedasi. Visi sutinka su tuo, kad chirurgams labai retai tepatenka ligonis pirmą arba antrą staigiojo priepuolio dieną.

Manau, kad čia yra šiek tiek kaltės ir mūsų gydytojų praktikų, kurie, rodos, daugiausia gydo apendicitą pirmomis dienomis konservatiškai. Parodyti, kad jų nusistatymas yra klaidingas, paduosiu čionai keletą nuomonių apendicito ankstybame stadijuje gydymo klausimu Vokiečių specialistų, ypač autoritetingesniųjų.

Profesorius M. Matthes, vidurių ligų klinikos direktorius Karaliaučiuje, žinomame J. von Mehring'o vadove (Lehrbuch der inneren Medizin, XI Auflage, 1919, pp. 594 ir t.t.) šiaip rašo apie apendicito gydymą ankstybame stadijuje.

„Seniau, kada apendicitas didžiumoj atsitikimų buvo terapeutiškai gydomas, mirtingumas buvo 10 — 12%, mirtingumas operativiškai gydant yra 0,6 — 2%".

„Ar mes galime tikrai atidalinti operuotinus atsitikimus nuo tų, kurie tinka vidaus terapijai? Dėja, atsakymas į tą klausimą turi būti neigiamas; šiokias tokias taisykles nustatyti betgi galima.

Visi atsitikimai su smarkia pradžia ir peritonealiniais reiškiniais geriausia tuoiau operuoti.

Taip pat reikia patarti tuojau operuoti visus atsitikimus, kur tikimasi apendiksą esant išėjusi iš savo vietos.

Ankstybuose atsitikimuose, kur peritonialiniai reiškiniai maži arba visai jų nėra, ten galima laukti, bet reikia rūpintis, kad staiga pablogėjus galima būtų ligonį tuojau operuoti. Kiek-

viename atvejuje reikia patarti veikiai operuoti, jei prasideda raumenų įtempimas. Net ir lengviausiuose pagal išvaizdos atsitikimuose galima laukti tik su peiliu rankoje.

Jei ligonis matomas tada, kada jau in regione ileocaecali pasidarė tumoras, teisingesnė bus vidaus terapija, jei bendras stovis nėra sunkus, pulsas nėra labai greitas ir aritmingas, temperatūra neaukšta, jei tik kartą arba visai nevėmė. Tame stadijuje, 2 parom išėjus nuo ligos pradžios, taip pat ir dauguma chirurgų pataria laukti ligos vystymosi.

Jei vėmimas pasikartoja, jei po 3 — 4 dienų dar turi karščio arba nematyti aiškaus ligos reiškinių nykimo, reikia operuoti, būtent ypač tada, jei aiškiai reiškiasi proceso šūksniai arba galima spėti esant abscesą (leikocitozas, temperatūros su pulsu nesutikimas).

Recidivuose veikiau galima laukti.

Tokiu būdu vidaus terapijai tinka iš staigiųjų atsitikimų be tumoro tik visiškai lengvi atsitikimai, kur net pats diagnozas išrodo ne visiškai tikras esąs ir kur nėra jokio raumenų įtempimo. Iš atsitikimų su tumorais vidaus terapijai tinka tie, kur bendri reiškiniai yra vidutiniai ir rodo į greitą proceso baigimąsi.

Iš chroninių formų operuotinos yra tos, kur recidivai pasikartoja ir kurios turi aiškių intervalinių simptomų. Vaikus, turėjusius apendicitą, geriausia yra visada operuoti intervale, kadangi vaikams recidivai yra labai dažni".

Kitas dar garsesnis terapeutas, Leipcigo profesorius Adolf Strümpell savo populiariame vadove (Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krannkheiten, Leipzig, 1919. Bd. I, pp. 673) rašo:

„Kadangi tolimesnis ligos bėgis visada yra nenumatomas ir kadangi operacijos pavojai, suprantama, tuo yra mažesni juo ankščiau ji yra padaroma, del to daugelis žymių chirurgų yra tos nuomonės, kad reikia apendiksą pašalinti kiekviename peritiflito atsitikime, jei galima, pirmą, vėliausia antrą dieną, kol dar neprisidėjo tolimesnių komplikacijų. Rezultatai tokių ankstybų operacijų yra labai geri (pavieniai mirties atsitikimai, žinoma, randasi). Greičiausia, kad didžiuma atsitikimų būtų ir be operacijos išgiję. Bet kituose atsitikimuose išeitis be operacijos būtų buvusi bloga ir beveik visi anksti operuotieji ligonys yra apdrausti nuo vėlesnių recidivų — tai yra taip pat prevaliacija.

Trečią dieną ir vėliau operacija yra visada tuojau indikuota, kaip tik yra manomas peritiflitinio absceso buvimas. Laukti jo rezorbcijos arba spontaninio pratrūkimo į žarną negalima, kadangi yra galimumas pratrūkimo į laisvą peritoneumą su sekančiu difuziniu pūliuotu peritonitu arba bendros septinės intoksikacijos arba ilgo chroninio pūliavimo pavojus. Kada tas pavojus pasirodo, visiškai tikrai pasakyti negalima.

Aš pats apskritai vadovaujuos šiomis taisyklėmis. Jei karštis laikosi ilgiau, kaip 5—6 dienas nenukrisdamas, arba jam

nukritus pirmomis dienomis temperatūra iš naujo pakyla, tai absceso darymosi tampa labai spėtinas. Jei pulsas (nežiūrint į nedidelį karštį) pereina 100—120 ir jo įtampa mažėja, tai tas taip pat nėra geras ženklas. Taip pat negeras yra ženklas nepereinąs riaugėjimas ir pasikartojąs vėmimas. Labai svarbu yra, žinoma, tikslus vietos radinio stebėjimas (tumor, augąs skausmingumas), bet taip pat svarbu yra ir bendro nusijautimo žiurėjimas (išblyškusi bloga išvaizda, sausas liežuvis, prasidedąs facies abdominalis). Galop, reikia imti domėn kraujo leikocitozą. Nepaliaujamas leikocitozo kilimas iki 18.000 — 30.000 kub. milimetre ir aukščiau, visada padidina įtarimą esant pūliavimą. Suprantama, žemas leikocitų skaičius, kitiems negeriems reiškiniams esant, negali sulaikyti nuo operacijos.

Apskritai imant, pirmomis ligos dienomis, jei nėra galima ankstyba operacija, esant bendram geram ligonies nusijautimui, siūlytinas yra ramus laukimas. Antra vertus, tuose būtent atsitikimuose, kur jau pirmomis ligos dienomis pasirodo vietiniai ar bendri septinės intoksikacijos simptomai, su operaciją negalima vėluoti, ir visuose atsitikimuose laukimas nuolas turi būti, kaip teisingai Sahli sako, „ginkluota taika". Nes vis galioja taisyklė: Geriau per anksti operuoti, nekaip per vėlu. Aš pats niekada negailėjaus pataręs operuoti, bet jau dažnai gailėjaus, kad operacija nebuvo padaryta keliomis dienomis ankščiau".

Tiedvi nuomoni yra nuomonės terapeutų. Jau ir jos, kaip matyti, žymiai skiriasi nuo daugelio mūsų terapeutų nusistatymo. Jau ir iš jų matyti, kad apendicito gydymas yra chirurgo darbas, o ne terapeuto. Apskritai, daugiausia apie apendicitą pastaruoju laiku rašo chirurgai, nes chirurgai, bent užsienyj, daugiausia jį ir gydo. Chirurgų tarpe randasi konservatingesnių ir radikalesnių, kas bus matyti iš paduotųjų žemiau jų pažiūrų. Pradėsime nuo konservatingesniųjų.

Prof. C. Garrè (Bonne) ir prof. A. Borchard (Berlynė) išleido 1920 m. chirurgijos vadovą (Lehrbuch der Chirurgie), kurs labai visiems patiko ir per vienus metus susilaukė 3-jų laidų. Tose knygose (III laidą, 1921 m., pp. 327) šiaip rašoma:

„Terapeutinis gydymas gali būti tik lengviuose, greitper 24—36 valandas pereinančiuose atsitikimuose.

Tinkamu laiku padaryta aklosios žarnos uždegimo operacija duoda vos 1% mirtingumo, t. y. tiek pat kiek ir operacija šaltame perijode; del to anksti į gydymą ateinančiais atsitikimais neoperavimas iki šalto perijodo yra klaidingas, nes tik tinkamu laiku padaryta operacija apsaugoja nuo komplikacijų. Jei nuo operacijos atsisakoma, tuokart eina terapeutinis gydymas, nuimant nuo savęs bet kokią atsakomybę.

Daugiausia perspektivų turi operacija pirmosiomis 24—48 valandomis.

Jei ligonis ateina po 48 valandų, tuokart laukiama. Tik ypatingai sunkiems reiškiniams iš pulso ir peritoneumo pusės esant rekomenduojama yra tuojau operuoti. Kitais atsitikimais, jei patologiniai reiškiniai didinasi, reikia taip pat operuoti, taip pat jei dalykas priėjo prie absceso ar peritonito. Jei reiškiniai mažinasi, galima atidėti operaciją iki intervalo".

Prof. Lanz (Amsterdame) 1907 m. olandų gydytojų suvažiavime Leydene gynė konservatyvinį nusistatymą. Jo indikacijos šios:

„1. Staigiame priepuolyje reikia operuoti taip anksti, kaip tik galima; operacija prieš visuotino pūliuoto arba septinio peritonito išsivystymą yra be pavojaus". (žr. Dr. W. F. Suermondt, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1922, Bd. 170, S. 289 u. f. f.).

Tas pats prof. Lanz plačiai žinomame chirurgijos vadove, išleistame prof. Wullstein'o ir prof. Wilms'o (1918 m.), iš kurio mokosi chirurgijos daug studentų, taip rašo (t. II, pp. 167):

„Ankstybos, t. y.. 1 ar 2 dieną, operacijos nedarymą mes laikome stačiai nusižengimu mokslui (Kunstfehler), jei apendicitas prasideda su sunkiais reiškiniais: smarkiais skausmais arba net kolapsu, aiškiu pilvo sienų įtempimu ar pilvo išpūtimu, su nepaliaujančiu vėmimu ir skausmais, su pulso greitėjimu ir neraminančiu bendru įspūdžiu. Traumatinis apendicitas ir apendicitas po folikuliarinės anginos turi būti anksti operuojamas.

Intermediariname stadijuje operaciją à chaud, kur tik galime, vengiame. Mes atmetame Franke's nusistatymą: Apendicitas kiekvienoj stadijoj pridera chirurgui. Prie lokalizuotų uždegimų, klasinių peritiflitų, reikia laukti, kol eksudatas visiškai nerezorbuosis arba abscesas nepasidarys aiškus. Prie difuzinių peritonitų reikalinga intervencija. Jei pacientas ateina taip vadinamajame „paralyžiaus stadijuje", su stipriu meteorizmu, cianozu, šaltu prakaitu, šaltomis galūnėmis, niekingu pulsu, — tuokart mes susilaikome nuo operacijos. Intervencijos šokas tame stadijuje dažniausia nėra širdies pakeliamas ir mes daug kartų matėme tokius „be vilties" pacientus pasitaisant nuo infuzijų ir stimuliuojančių vaistų, susilaikant nuo chirurginės intervencijos".

Šitoji manome yra kiek plačiau išdėstyta dr. W. F. Suermondt'o, Leydeno chirurginės klinikos prof. J. H, Zaaijer'o asistento darbe: Resultate der chirurgischen Behandlung der Appendizitis, beurteilt nach den lezten 1000 Fällen der chirurgischen Klinik zu Leyden (Dtsch. Zeitschs. f. Chir. 1922, Bd. 170, S.289 u. f. f.). Ten tarp ko kita skaitome:

„Suprantamas daiktas, kad kiekvienas staigųjį priepuolį ankstybame stadijuje mėgins nugalėti radikaline operacija; taip pat kažin ar svyruos kas staigų visuotiną peritonitą nuo apendicito kuogreičiausiai operuoti.

Aš neginčysiu, kad esti staigiųjų apendicitų, kurie išgija be operacijos, bet to niekada negalima žinoti iš anksto, ir jei užsidegi-

mas jau turi palinkimo platintis, ankstybos operacijos priešininkas turi atminti, kad kiekvieną dieną, kurią jis ilgiau laukia, jis sumažina savo ligonims perspektivas išgyti. Žvilgsnis į mūsų statistiką rodo, kad po 3-jų dienų mirtingumas yra jau 10 kartų didesnis, nekaip po 1 dienos.

Z a a i j e r yra tos nuomonės, kad didžiausias yra reikalas staigųjį priepuolį operuoti taip veikiai, kaip tik galima, pačioje ligos pradžioje.

Pasiremdamas vėlesniais sveikatos patikrinimais aš manau turįs dar kartą šias išvadas pabrėžti.

I. Yra labai svarbu kuogreičiausia staigųjį apendicitą pažinti (diagnozą pastatyti), kad galima būtų ligonį ankstybame stadijuje nusiųsti chirurgui, kada dar galima turėti geriausių operacinių rezultatų.

II. Jei priimant į kliniką yra aišku, kad užsidegimo procesas yra apėmęs ne tik apendiksą, bet yra jau ir vietinis peritonitas infiltrato formoje, labai patariama nežiūrėti į tą, kaipo į indikaciją operacijai; tuokart reikia pirma laukti, ar liga turi palinkimo mažintis, ar pasireiškia aiškus infiltrato platinimosi su siptomų pablogėjimų. Pirmam atvejuj reikia ligonį gydyti ramybe lovoje Fowlerio padėtyj, dieta ir t. t. kol infiltratas išnyks ir tada po 8—10 savaičių à froid operuoti. Jei užsidegimas platinasi, reikia operuoti.

V. Jei priimant pasirodo, kad jau yra visuotinas peritonitas ir pilvą palpuojant yra mums aišku, kad čia visai nejaučiama vietoj apsiribojusio infiltrato, tuokart reikia tuojau operuoti, būtent jau esančiam ar gresiančiam visuotinam peritonitui nugalėti".

Kad ir vaikų amžiuje reikia laikytis tos pačios taktikos, matome iš Vienos profesoriaus H. S p i t z y knygų: Chirurgie und Orthopädie im Kindesalter (tai yra V tomas vadovo: M. P f a u n d l e r u. A. S c h l o s s m a n n, Handbuch der Kinderheilkunde, 1915, S. 310 u. ff.):

Dėliai gydymo būdo dabar viešpatauja beveik visiškas sutikimas. Geriausių šansų duoda ankstyba operacija. Tą pripažino net ir tie autoriai, kurie iš pradžių skeptiškai į peilį žiūrėjo ir laukimo terapiją aukščiau statė.

Laukimo terapija ima ant savęs tuo didesnę atsakomybę, kad pagal vienodos autorių nuomonės iš visų simptomų santraukos negalima padaryti jokios tikros išvados apie patologo — anatominių permainių sunkumą.

Rizikas laukiant yra aiškiai didesnis, nekaip prie chirurginės intervencijos.

Laukti, turint paruoštą peilį, galima tik a. simplicis atsitikimais. Jo diagnozas nėra lengvas. Paprastai karštis nepereina 37,5; pulsas 90, leikocitų skaičius 15,000.

Jei (davus laxantis) neateina laukiamų rezultatų, karštis, pulsas ir leikocitų skaičius kyla (38: 100: 20,000) ir tarp leikocitų atsiranda daug jaunų formų, tai arba diagnozas buvo klaidingas,

arba procesas eina pirmyn ir būtinai reikalauja chirurginės intervencijos.

Inkapsuliuotus abscesus atidaryti, jei jie turi augimo tendenciją.

Kada reikia neoperuoti?

1) Appendicitis simplex

2) Nykstantieji inkapsuliuotieji abscesai.

3) Desperatiniai atsitikimai su bendru peritonitu, kada kreivųjų kryžiavimosi (aukštas pulsas, žemas leikocitų skaičius, mažas kraujo spaudimas) rodo į organizmo pasidavimą ligai. Iš tų atsitikimų didžiuma žūva, nedaugelį gali vidurinė terapija su ekscitancijomis ir subkutaninėmis skysčių infuzijomis atvesti per krizį iki operacijos galimumo".

Müncheno chirurgas A. Krecke, labai prityręs apendicituose, yra šitokios nuomonės (Beitrag zur Behandlung der akuten Appendizitis, insbesondere bei der umschriebenen Abszessbildung, Münch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 37, S. 1057):

„Apendicito operacija laike pirmųjų 2-jų dienų yra visada indikuota:

1) jei yra aiškus pilvo sienų įtempimas,

2) jei pulsas (suaugusiam) pereina 100,

3) jei pasikartoja vėmimas,

4) jei temperatūra antrą dieną yra daugiau kaip $38^0$ in recto,

5) jei skausmas yra visą laiką smarkus,

6) jei leikocitų skaičius pereina 15000.

Tos indikacijos, bendrai imant, reiškia, kad operacija reikalinga yra beveik kiekviename apendicito atsitikime.

Jei trečią dieną apendicito reiškiniai visiškai neatslūgsta, reikia operuoti.

Prie laisvo peritonito kiekviename atsitikime būtinai reikia kuogreičiausia operuoti. Laisvas peritonitas turi būti pažintas ankščiau, nekaip liga prieina prie parezo reiškinių (aukštas pulsas, meteorizmas, cianozas). Ankstybas laisvo peritonito diagnozas susideda iš pilvo sienų nealsavimo, iš skausmingo pilvo sienų įtempimo, iš kepenos bukumo išnykimo. Ypač reikia pabrėžti, kad P ir T peritonito pradžioje gali būti visiškai nepakitėję".

Kitoj vietoj (Die Indikationsstellung der Appendizitis am ersten Tage, Münch. med. Woch. 1921, Nr. 34. S.1090) tas pats autorius sako:

„Kur yra pilvo sienų įtempimas, ten reikia būtinai tuojau operuoti".

Įdomu yra provincijos gydytojo pažiūra į kalbamąjį klausimą (Dr. Hams Doerfler in Weissenburg i. B., Die Stellung des Praktikers zur Appendizitisfrage, Münch, med. Woch. 1921. Nr. 30, S.946):

„Ūma apendicito atsitikimo operacija yra reikalinga ir būtent, pirmosiomis 3 dienomis, jei yra vienas vienintėlis rimtas simpto-

mas. Rimtas simptomas yra tas, kurs nurodo į gresiantį peritonitą. Kaipo tokius simptomus reikia pažymėti šiuos:

1) Iš pusės bendrojo nusijautimo: Facies abdominalis surištas su stipresniais skausmais visam pilve arba aklosios žarnos plote, liežuvio sausumas, pasikartojąs vėmimas, greitas pulsas vistiek prie aukštos ar žemos temperatūros, aukšta temperatūra, ileuso reiškiniai, ligonio neramumas, stebėtinai žema temperatūra prie aiškiai matomo užsidegimo ženklų, skausmai prie kiekvieno pasijudinimo.

2) Iš pusės vietinių simptomų: vietinis ar bendras raumenų spazmas (perforacijos ženklas), didelis jautrumas spaudžiant; daugiau ar mažiau aiški rezistencija, greitai auganti ir stebėtinai jautri čiupinėjant: mažesnis ar didesnis viso pilvo meteorizmas, vietinis meteorizmas aklosios žarnos plote, stipresnis viso pilvo jautrumas spaudžiant, šlapinimos sutrikimai, viduriavimas, baltymas šlapume, lengvas icterus, šiurpuliai".

Prof. Otto Sprengel, garsus apendicito žinovas ir daug ištobulinęs apendektomijos operaciją, šiaip yra nusistatęs (Operative Behandlung der Appendizitis u. Peritonitis, žr. Bier, Braun. Kümmel, Chirurgische Operationslehre, 2 Auflage, 1917, Bd. III, S. 419):

„Mes nuo 1900 m. nemainydami laikomės principo, kad kiekvienas staigus apendicito priepuolis turi būti operuojamas, jei po 24 valandų visi apendicito simptomai neišnyko arba nenyksta griežtai. Ankstyba operacija prie tokių indikacijų mums davė paskutiniaisiais šimtais operacijų mirtingumą 2%.

Jei atsitikimai patenka į gydymą po 48 valandų arba jei ligonis nepasiryžta ant operacijos, tuokart kalbame apie operaciją tarpiname perijode, jei operuojama tarp trečios ir penktos dienos. Operacija po 2-jų dienų (priskaitant ir vėlesniuosius atsitikimus) davė mūsų rankose prie paskutinių šimtų operacijų 11% mirtingumo, kurie krenta beveik be išėmimo ant prasidedančio ar prasidėjusio peritonito".

Garsus šių dienų Vokiečių chirurgas prof. Hermann Kümmel (Hamburge) taip rašo (Uber Appendizitis, Münch. med. Wochenschr. 1921, Nr. 11, S. 1328 u. f.f.)

„Ilgus metus besidarbuodami mes turėjome progos padaryti apie 9000 apendektomijų. Bendras mirtingumas visuose stadijuose operuotųjų ligonių nuo 2, 9% iš 4000 operuotų pirmesniais metais nukrito iki 1,5%iš 637 atsitikimų, operuotų 1919—20 m. Iš intervale operuotųjų apie 1500 atsitikimų pirmesniais metais mirtingumas buvo 0,3%, vėlesniais ir paskutinį metą jis nukrito iki 0%. Norėčiau dar priminti, kad iš 2555 operuotųjų staigiame stadijuje (priskaitant abscesus ir peritonitus) mirtingumas buvo 4,5%. 1919—20 m. iš 343 atsitikimų mirtingumas tik 2,9%. Iš staigiame stadijuje pirmą ligos dieną operuotųjų nė vienas nemirė, antrą dieną operuotųjų mirė 1,7%, trečią dieną — 6,4%, 4-tą dieną 6,6%.

Tie skatmenys aiškiai savo už ankstybą operaciją. Norėčiau perspėti, kad apskritai nevartotumet ol. ricini arba opijaus.

Operacija turi būti daroma taip anksti, kaip tik galima, geriausia pirmomis 24 valandomis. Tačiau tuo nėra pasakoma, kad nieko nereikia daryti tuose atsitikimuose, kurie vėliau ateina pas mus gydytis. Operacija turi būti visada daroma, taip pat ir prie toli pažengusio sunkaus peritonito, kadangi tik joje vienoje gali būti išgelbėjimas kitaip tikrai pražuvusios gyvybės.

Ne visi apendicitai reikalauja ūmios operacijos. Yra didelis skaičius lengvų ir lengviausių atsitikimų, kurie jau po kelių valandų pasibaigia. Jei liga po 12, arba ilgiausia po 24 valandų nepasibaigia, arba jei yra kokių abejonių del tolimesnio ligos bėgio, reikia toujau operuoti".

Paduosime nuomonę dar vieno radikalesnio apendicito gydymo šalininko — prof. dr. F. König'o (Würzburge) (Ueber Appendizitis, Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung, 1992, Nr. 3):

„Diagnozo pastatymu svarbiausis klausimas yra išspręstas; nes mūsų pastangų tikslas turi būti, ir ant to turime visi sutikti: kaip tik apendicito diagnozas pastatytas, tuojau reikia operuoti. Iš to tėra labai maža išėmimų. Prie sunkaus, išsivyščiusio peritonito su išpūstomis del paralyžiaus žarnomis geriau neoperuoti, taip pat prie esamų komplikacijų, kaip pneumonija, lengvesnius atsitikimus geriau konservativiškai gydyti.

Prie tikro, kad ir lengvaus apendiicto aš laikau operacija visada tuojau indikuota. Aš daugiau nebsakau, kaip ankščiau: laukite, ar neturėsite antro priepuolio ir tada tuojau operuokities. Nežiūrint į tą, kad lengvas priepuolis gali blogai pasibaigti, aš esmi čia, kaip ir kiekviename atsitikime, kur nėra ypatingų priežasčių, prieš mėginimą nustumti operaciją į intervalą. Kiekvienas, kad ir lengviausias priepuolis gali duoti sulipimų (adhezijos), sunkus priepuolis duoda jų tikrai. Ir sykį atsiradą sulipimai yra jau pavojus. Jei sulipimams esant operuojama, suaugimai atsiranda vėl Taigi ne tik del to, kad suaugimai sunkina operaciją, bet taip pat kadangi jie dažnai stipresnius suaugimus duoda, negalima leisti jiems atsirasti. Karas ir jo sekmės atnešė ileuso padaugėjimą; šičia apendicitas vaidina didelę rolę. Čia dar prieina chroninės negalės ir nusiskundimai (Beschwerden). Jei kartais apendektomija tų nesveikumų nepašalina, priežastis yra grįžtančiuose suaugimuose. Kad ir gali gydymas po operacijos šį tą padaryti, kad jų nebūtų, geriau yra betgi kiekvieno apendikso užsidegimą tuojau operacija nupiauti, kol neatsirado suaugimų, kurie, žinoma, yra tuo stipresni, juo sunkesnis buvo belaukiant gydytas priepuolis. Ateityj pripuolyje turi egzistuoti tik ankstyba operacija.

Kaipo išvada iš paskutinųjų pažiūrų pažymėsime: „Apendicito atsitikimų dalinimą į 3 stadijus (ankstybą, vidurinį ir vėlesnįjį) indikacijoms operacijai nuspręsti reikia išbraukti iš mokslo

apie apendicitą. Kiekvienas staigus apendicitas principialiai turi būti operuojamas priepuolio stadijuje (jei apendicito reiškiniai tebėra, tuo labiau, jei eina didyn" (Dr. Anton Siegmund. Primärarzt am städtischen Krankenhaus und Sanatorium der Stadt Brixen, Beitrag zur operativen Behandlung der Appendizitis und Peritonitis, Dtsch. Zeitschr. f. Chir., Bd 158, 1920, S. 289).

Aš manau, kad paėmus domėn paduotasias pažiūras ir tų autoritetų rimtumą, klausimas yra pakankamai aiškus.

Lieka pasakyti porą žodžių apie mūsų apendicito operacijų rezultatus. Apendicitu sergantiems padarytos 38 apendektomijos, iš jų 2 mirė, 2-m operacinė žaizda sugijo per secundam, kitiems sugijo per primam.

Pirmas mirusysis ligonis buvo 21 m. mergaitė turinti jau 3-čią priepuolį, be to dar turinti floridinį plaučių tuberkuliozą (spiauna bakterijomis). Paskutinis priepuolis tęsėsi jau 2 mėn., bet užsidegimo simptomai vis dar tebebuvo. Apendiksas rastas daugybėje suaugimų. Žaizda po operacijos pūliavo. Mirė nuo plaučių Tbc ir vietinio peritionito. Kitas ligonis, 12 m. mergaitė, turėjo tik pirmą priepuolį, bet jis tęsėsi jau 3 mėn. Atvežta su bendru difuziniu peritonitu, aukšta T$^0$, silpnu P, klejojanti. Mirė nuo peritonito.

Secunda intentio buvo vienai jau metus chroniniu apendicitu sergančiai ligonei, gal tbc etiologijos, ir kitai, kuriai iš pradžių buvo abscesas ir kuri paskui, jam išgijus po 5 mėn, buvo operuota; apendiksas rastas dideliuose suaugimuose su ovariju; po operacijos prasidėjo pūliavimas iš operacinės, taip pat ir jau buvusios užgijusios žaizdos, padarytos pirmiau abscesui išleisti. Kiti 34 ligonys visi greit pasitaisė. Šiek tiek apendektomijų buvo padaryta pakeliui, kitas laparatomijas darant. Visi rezultatai geri.

Vienam atsitikime po senai padarytos Petrapilyj apendektomijos atsinaujino skausmai jų buvimo plote. Atidarius peritoneumą rasta aplink jo buvimo vietą daug peritonealinių suaugimų. Suaugimai atidalinti, ligonis pasitaisė, bet po kurio laiko vel pradėjo skūstis.

Incizijų del abscesų ir peritonitų padaryta 8-ms: visi pagijo. Be operacijos išsirašė 11 ligonių.

---

# Referatai.

## Patologija.

**Beiträge zur pathologischen Anatomie der Leukämie.** Med. dr. J. Mackevičaitės disertacija, parašyta med. dr. laipsniui įgyti.

Darbas parašytas remiantis 35 sekcijų atsitikimais. Jų tarpe buvę 13 mielogeninių ir 22 limfogeninių leikemijos atsitikimų.

Sekcijos padarytos Moabitų ligoninėje Berlyne. Ypač įdomus 2 atsitikimai, kurių sekcijas darė pati autorė. Laike sekcijos 2-jų pastarųjų atsitikimų pastebėta kaulų smegenyse daugybė įvairaus didumo (nuo kanapio grudo lig žirnio) apskritų navikų. Konsistencija paminėtų navikų palyginti kieta. Perpiovus kaulų smegenis jie šiek tiek iškilsta į piūvio paviršių. Spalva kai kurių iš jų balsva, kitų balsvai gelsva. Mikroskopiniai tyrinėjimai parodė, kad juos sudaro narveliai savo struktūra labai panašūs mieloblastams. Arčiau ištyrus pasirodė, kad tie narveliai priklauso prie leikoblastų kategorijos. Pastebėta daugybė branduolių dalinimosi figūrų, kas savaime parodo aštrų navikų augimo procesą (akute Entwicklung) ir piktybinę jų rūšį. Navikų rūšis minėtų narvelių tipo lig šiol dar nebuvo žinoma, autorė aprašė juos pirmutinė, kas, be abėjonės, priduoda ypatingos svarbos autorės darbui.

Be to autorė nurodo dažnai atsitinkančius prie leikemijos hemoraginio diatezo atsitikimus (64%), veido opas ir flegmoninius dermatitus ir kitų organų susirgimus. Tie susirgimai duoda įvairius klininius vaizdus, etiologija kurių dažnai pasilieka neaiški, nes leikemija, kaipo jų priežastis, dažnai pasilieka užmiršta.

Darbas parašytas rašomąja mašinėle; iš viso 60 pusl. ir 5 sekcijų ir mikroskopinių tyrinėjimų davinių tabelės.

Matyti, kad darbas atliktas ne pripuolamai, nes autorė naudojosi turtinga sekcijų medžiaga ir labai plačia literatūra. Gale disertacijos nurodyti tie mokslo šaltiniai, kuriais autorė naudojosi (99 įvairių mokslo raštų!) K a l v a i t y t ė.

## Chirurgija.

D r. F. B o n h o f f. **Rezultatai ir patyrimai tiesioginės kraujo transfuzijos pag. Oehlecker'io.** D r. F. B o n h o f f. **Erfolge und Erfahrungen mit der direkten Bluttransfusion nach Ochlecker.** (Münch. med. Wochenschr. Nr. 18, 1922).

Autorius, išmėginęs Oehlecker'io tiesioginės kraujo transfūzijos metodą 50 su viršum atsitikimuose, randa jį esant techniškai lengvai įvykdomu ir geriausiu iš visų kitų būdų transfūzijos. Aparatas, palyginti, nekomplikuotas; venozinis kraujas vartojamas be jokių chemikalijų ir atmainų. Pertraukti transfūziją yra lengva kiekvieną momentą, nėra jokio pavojaus oro embolijos ir hemolizo. Mirties atsitikimų autorius nuo transfūzijos neturėjo. Ką del terapeutinių sekmių, tai prie anaemia perniciosa esą galima gauti pagerėjimų, taip pat prie antraeilinės anemijos (sekundäre Anämie). Labai gerų sekmių autorius gavęs staigios anemijos atsitikimuose nuo sunkių kraujo plūdimų. Savo atsitikimuose autorius imdavo nuo 350 iki 1000 gr. venozinio kraujo.

Prof. dr. E. Payr. **Apie sterilinį koloidalinį pepsino skiedinį randams suminkštinti, apsaugoti nuo suaugimų ir juos ištirpinti.** Prof. Dr. E. Payr **Uber eine keimfreie, kolloidale Pepsinlösung zur Narbenerweichung, Verhütung und Lösung von Verklebungen.** (Zentralbl. für Chir. Nr. 1, 1922).

Pepsino randus minkštinančioji ypatybė yra žinoma dermatologams. Bet poodiniam šio fermento vartojimui būtinai reikalingas skiedinio sterilumas. Prie 56° C. pepsino virškinamoji jėga mažėja, prie 65° C. visai pranyksta. Autoriui pasisekė gauti sterilinį pepsino skiedinį jo ypatybių neprarandant. Jisai tirpina pepsiną prof. Pregl'o izotoniniame jodo skiedinyje. (Pregl'o skiedinį galima gauti Berlyne, Putkamerwerke Friedrichstrasse 230) Pepsin-Pregl'o skiedinys yra alkoholinis ir koloidalinio pobūdžio; pepsinas jame užsilaiko tur būt jodalbuminato pavidale. Junginys tas nestiprus, nes nežymus rūkšties nuošimtis tuojau paliuosuoja jodą. Virškinamoji ir tirpinamoji minėto skiedinio jėga galima padidinti pridėjus pieno rūkšties (1 — 2 lašų ant 5 cm. 1% pepsino skiedinio). Bakteriologiškai po 24 val. skiedinys yra laisvas nuo bakterijų. Jisai turi gan stiprią virškinamąją jėgą, nors ir silpnesnę už pepsino su acid. hydrochlor. mišinį. Pepsin-Pregl'o skiedinys sveikiems audiniams mažai arba visai nekenksmingas, labiausiai veikia randus, sulipimus, nekrotizuotas mases. Jį galima vartoti ir be acid. lacticum, nes audiniuose visada esti organinių rūkščių, kurios fermento veikimą aktyvuoja.

Pepsin-Pregl'o skiedinį autorius vartoja: 1) potraumatiniams, fibroziniams, gonoroiniams, reumatiniams ankilozams esant. 2) Funkcijonaliniai arba kosmetiškai kliudantiems randams esant. 3) Prie sausgyslių, raumenų suaugimų; fibrinozinių eksudatų (tendovaginitis crepitans), hematomų, traumatinių sąnarių sulipimų ir t. t. 4) Peritonealiniams eksudatams esant. 5) Neuralgijoms neuromoms, striktūroms, stenozams (šlapumo kanalo, stemplės, tiesiosios žarnos) esant. 6) Randus suminkštinti ir ištirpinti neurolizo tikslu. 7) Prie prostatos hipertrofijos, elefantiasis'o ir t. t.

Suaugimams ir sulipimams pilve išvengti autorius pataria tas vietas, kur uždėtos yra ligatūros, patepti Pepsin-Pregl'io skiediniu.

Autorius vartoja 1% arba 2% Pepsin-Pregl'io skiedinį kartu su 1/4% Novocainadrenalin'u. Išvirkščia į visą rando plotą (10 — 20 — 30 cm.) stengdamosi nepakliūti į odą, nes plona randų oda gali ištirpti nuo fermento veikimo. Po 2—3—5 dienų injekcija kartojama. Seniems randams esant pridedama 1 — 2 lašų acid. lactic. į 5 cm. skiedinio.

Injekcija yra mažai skausminga (Novocainadrenalin), technika jos lengva ir paprasta.

Prof. dr. A. Läwen. **Užšaldymas nervi ischiadici ir n. sapheni prie angrospastinių skausmų žemutinių galūnių.** Prof. Dr. A. Läwen. **Vereisung des Nervus ischiadicus und des**

**Nervus sapheenus bei angiospastischen Schmerzzuständen der unteren Extremität.** (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11, 1922).

Viename atsitikime gangr. senilis, sušaldęs N. ischiadicus ir tokiu būdu paliuosavęs ligonį nuo skausmų, autorius galėjo ramiai laukti demarkacijos.

Kitame augiospazmo atsitikime prie periferinio arteriosklerozo autorius su pagalba savo aparato (Kohlensäurevereisungsapparat) sušaldė n. ischiadicus ir n. saphenus. Skausmai visai pranyko, šiluma operuotos kojos nesumažėjo, per pusę metų nebuvo jokių trofinių reiškinių. Po 6 mėnesių pasirodė trofinės rūšies sutinimas ant pėdos, kursai gana greit išnyko. Odos anestezija kai kuriose blauzdos vietose, buvusi pirmaisiais po operacijos mėnesiais, po pusės meto žymiai sumažėjo. Po 9 mėnesių liko pėdos raumenų atrofija ir paralyžius, bet su pagalba peroneus—batuko ligonis gali vaikščioti. Autoriaus nuomone, nervų sušaldymą galima pavartoti taip pat morbus Raynaud žemutinių galūnių esant. Viename Eryrthromelalgijos atsitikime autorius nesenai taip pat sušaldęs n. n. ischiadicus ir saphenus. Apie rezultatus žada ateityje pranešti.

Minėtame augiospazmo atsitikime, jeigu po nervų regeneracijos vėl atsinaujintų skausmai, autorius mano pakartoti sušaldymą.

Dr. E. Rubensohn. **Praplatinta indikacija Talma's operacijai.** Dr. E. Rubensohn. **Ueber eine erweiterte Indikation der Talmaschen Operation.** (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1922).

Autoriaus nuomone, indikacijos Talma's operacijai turi būti praplatintos, būtent atsitikimuose mechaninio Ven. portae ir duct. choledochi spaudimo navikais, kurie del ekspansivio augimo gali privesti prie mirties. Autorius pavartojo šitą operaciją viename, matomai gerybinio, pancreatis naviko atsitikime, kursai suspaudė v. portam ir d. choldochum. Ligonis buvo priimtas su toli pažengusiu icterus'u, ascitu, žymiu žemutinių galūnių ir mašneles sutinimu. Negalėdamas naviko pašalinti, autorius padarė Talmas operaciją. Ligonis po kiek laiko išsirašė visai pasveikęs.

Dr. J. F. S. Esser. **Apie struktivę chirurgiją.** Dr. J. F. S. Esser. **Ueber struktive Chirurgie.** (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1922).

Autorius nurodo, kad paskutiniais laikais, ypač po karo, labai svarbios reikšmės turi plastinė chirurgija; tuo tarpu visai nėra specialistų, kurie užsiimtų tiktai „plastine chirurgija viso žmogaus kūno" (pav. ortopedai turi savo apribotą sritį). Šioje srityje negalima būti diletantu, nes nėra nė vienos plastinės operacijos, kurioje pasikartotų tas pats piūvis. Reikalinga tam tikrų šioje srityje specialistų.

F. Tallat-Kelpša.

## Rentgenologija.

Haenisch (Hamburg) **Eigentumsrecht des Rentgenologen an seine Platten.** „Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstr." Band XXVIII. Heft 1. 1921 m. bal. 28 d. ir Röntgentherapie: Heilmittel oder ärztliche Behandlung? ibid. Band XXVIII. Heft 3. 1921 m. rugp. 9 d.

Vokietiją galima laikyti rentgenologijos tėvyne. Ten atrasta R-spinduliai, ten padaryta pirmi rentgenologijos pritaikymai medicinoje, ten daugiausia pasidarbuota ir padaryta tos mokslo šakos pažangai, taip technikos, taip ir medicinos atžvilgiu. Rentgenologijos mokslas nors ir nėra Vokietijoje būtinas gydytojo ar med. dr. laipsniui įgyti, bet kiekviename universitete yra dėstomas medic. fakult. sistematinis rentgenologijos kursas ir kiekvienas st. med. turi galimybės tinkamai susipažinti su ta mokslo šaka; be to su ja dažnai tenka susidurti klinikose. Tokiu būdu, reikia spėti, kad Vokietijoje nėra (ar jeigu yra, tai labai maža) gydytojų nesusipažinusių su medicinine rentgenologija ir nesugebančių tinkamai įvertinti tų spindulių reikšmės. Bet to nežiūrint rentgenologija ten laikoma specialybe, ir tiktai specialistas—rentgenologas turi teisės statyti rentgenologinį diagniozą, o taip pat skirti rentgenoterapiją ir kiekviename atsitikime modifikuoti R-spindulių dozą kiekybiniai ir kokybiniai.

Taip buvo žiūrima daugumos gydytojų į rentgenologijos specialybę, kaip rašo prof. Haenisch, senai, bet paskutiniais metais rentgenologų teisės tapo patvirtintos teismu. Straipsnyje „Eigentumsrecht des Röntgenologen an seine Platten" (Rentgenogramos — teisėta rentgenologo nuosavybė) autorius plačiai išdėsto bylos eigą del atsisakymo vieno Rentgeno instituto vedėjo duoti rentgenonuotrauką gydytojui nespecialistui rentgenologijoje. Teismas, remdamosi ekspertizos įrodymais, kad rentgenologija yra specialybė, pripažino nedavimą rentgeno — nuotraukos nespecialistui, teisėtu pasielgimu. Nepatenkinti tokiu nusprendimu, skundėjai apeliavo į apygardos teismą (Landesgericht), bet apeliacija buvo atmesta. Ir tokiu būdu, rentgenologinio diagnozo statymo ir rentgenonuotraukų nuosavybės teisė Vokietijoje liko pripažinta ir patvirtinta teismu tik specialistams rentgenologams.

Straipsnyje „Röntgentherapie: Heilmittel oder arztliche Behandlung?" (Rentgenoterapija gydymo priemone ar medicininis (gydytojiškas) gydymo būdas) autorius aprašo kitą bylą, iškilusią del rentgenoterapijos. Bylos eigos autorius nenagrinėja, ir trumpai tik praneša Aukščiausiąjį teismo nusprendimą (Höchste gerichtliche Entscheidung), kuriuo rentgenoterapija pripažįstama medicininiu gydymo būdu, o ne medikamentu, kurį gali skirti ligoniui kiekvienas gydytojas. Kalvaitytė.

Lichtenstein (Leipzig) **Zehn Jahre geburtshilflich abwartender Eklampsiebehandlung.** Zentralbl. für Gynäkol. 1922 m. Nr. 1.

Autoriaus nuomone, eklampsijos priežastimi yra nusinuodijimas ištirpytais ir cirkuliuojančiais kraujuje nuodais. Nuodų šaltinis neglūdi besivystančiame vaisiuje (nicht in Ei). Tam įrodyti, autorius kreipia domę į daugelį eklampsijos atsitikimų puerperiumo laike. Todel jau prieš 10 metų jis perėjęs nuo akušeriniai aktivaus prie akušeriniai pasivaus eklampsijos gydymo būdo, tai yra jis nedaro eklampsijos atsitikimuose aborto ir nepagreitina operativiais būdais gimdymo, o pasitenkina vien tik kraujo nuleidimu.

Jeigu gimdymas numatomas greitu laiku, tai nuleidžiama tik 250 — 300 gr. kraujo, jeigu negreit, tai — 500 — 600 gr. Prie puerperalinės eklampsijos kraujas leidžiamas kelis kartus ir nuleidžiama jo daugiau, nekaip prie eklampsijos nėštumo laike. Taip daroma todel, kad laike gimdymo visada išteka daugiau ar mažiau kraujo, ir tokiu būdu kraujo nuleidimas ir kraujotaka gimdymo laiku sumuojasi ir kraujas užtektinai prasiskiedžia, o to neesti prie puerperalinės eklampsijos.

Fiziologinio ar Ringero skiedinių infuzija po eklampsinių kraujo nuleidimų dažnai nėra reikalinga. Nuo infuzijos minėtų skiedinių autorius matęs pablogėjimų. Todel ir pataria, esant edemai, infuzijos nedaryti, nes tada kraujo kiekis išsilygina savaime. Kituose atsitikimuose, jeigu ir daryti infuziją, tai visuomet įleisti skiedinio mažiau, ne kaip buvo nuleista kraujo. Kraujo nuleidimas, autoriaus nuomone, veikia 1) sumažindamas nuodų kiekį organizme, 2) sumažindamas kraujo spaudimą, 3) Pagreitindamas kraujo cirkuliaciją ir tuo būdu padidindamas oksidacijos procesus, kas savaime sumažina ir kraujo nuodingumą.

Gydydamas tuo būdu autorius ištisą 10 metų turėjęs tik 8,5% mirtingumo moterų del eklampsijos, vaikų — 18,5%; o paskutiniųjų metų statistikos žiniomis, gydant akušeriniai aktiviu būdu, t. y. pagreitinant gymdymo eigą, moterų mirtingumas siekiąs 18,5% o vaikų — 36%. Tokiu būdu akušeriniai pasivus eklampsijos gydymo būdas duoda žymiai geresnių davinių, ne kaip akušeriniai — aktivus.

Menge (Heidelberg) **Das Korpusadenom der Matrone.** Centralbl. f. Gynäkol. 1922 m. 1 Nr.

Gerosios rūšies gimdos adenomos, kaip pastebi autorius, lig šio laiko nebuvo aprašinėjamos nei ginekologijos vadovėliuose, nei literatūroje. Jas aprašinėdavo kaipo gimdos polipus. Tačiau skirtumas tarp adenomų ir gimdos polipų yra didelis. Polipai yra gimdos gleivinės proliferacijos sekmė, visada stipriai raudoni, minkšti; adenomos yra liaukų proliferacija; jos esti balsvai ar gelsvai rausvos, su dailiu paviršiumi, po kuriuo matomos

šviesios serumo pripildytos puslelės. Darant abraziją nieko negalima iškaišti, nes kiuretė nuslysta nuo jų paviršiaus.

Pasitaiko jos poklimakteriniame amžiuje ir esti kraujo plūdimo priežastimi, todel kliniškai jos dažnai esti sumaišomos su gimdos karcinomomis. Bet ir kliniškai jos skiriasi nuo pastarųjų jau tuo, kad kartais savaime išnyksta. Potalogo anatominiai negalima pastebėti atipingo epitelijaus augimo. Kalvaitytė.

## Vidurių ligos.

Dr. Ernst Levy in Essen, **Die Gold — Behandlung der Tuberkulose.** (Gydymas tuberkuliozo auksu) Deutsche medizinische Wochenschrift Nr. 1922 m.

Pasak autoriaus, rasti tikrą tuberkuliozo gydymo būdą imunobiologinės srities priemonėmis nepasisekę (Wassermann, Neufeldt) — tuberkulinas ir šaltakraujų bacilos. Sekmių tereikią laukti iš gydymo cheminiais preperatais. Adolf Feldt Frankfurte pasiūlė tuberkuliozo gydymui „krysolganą" (Natronsalz einer Aminoaurophenolkarbonsäure), kaip pirmą cheminį specifikumą prieš tuberkuliozą. Laikotarpy 1918 — 1921 m. autorius gydęs krysolganu 49 ligonius ir patvirtina tuos gavinius ir pastabas, kurių yra pasiekę kiti autoriai, gydydami tuo pačiu preperatu. Reakcija po injekcijų krysolgano pasireiškia dviejose formose padidėjimas, nuo pradžios, uždegimo proceso ir vėlybesnis proceso sumažėjimas ir kita forma — uždegimas išsyk mažėja.

Uždegimo (tuberkuliozinio) padidėjimas, anot Bier'o, yra „gydomasis uždegimas". Veikimas krysolgano reiškiasi bėgyje 7-20 d.; reikalui esant gydymas vėliau privalo būti pakartotas ne anksčiau kaip 10 dienų. Labai ryškus veikimas prie išviršinio tuberkuliozo (lupus etc.), panašus veikimui salvarsano prie lueso: patinimas ir paraudonavimas greitai mažėja, pūliavimas taip pat mažėja, abscesai rezorbuojasi, fistulos nyksta. Prie plaučių tuberkuliozo veikimas ne toks demonstrativis — nes negalima pasiekti tokių didelių reakcijų ir proceso negalima akimi sekti. Ir čia autorius pastebi ligonių pagerėjimą — krūtinės ir nugaros sopėjimai mažėja, mažėja kosulys ir skreplių kiekis per 2-3 dienas. Padidėjimas $T^0$ ilgiaus kaip 1-2 d. nebuva.

Prie kito reakcijos tipo gyjimo procesas pasireiškia daug ryškiau, tuojau nustoja kosulys ir sumažėja skrepliavimas, temperatūra nukrita lig normos. Autorius nurodo atsitikimą su vienu ligoniu — sirgusiu 3 metus — po pirmos krysolgano injekcijos (0,5) tuojau nustojo kosulys ir skrepliavimas, vėliau gijimas ėjo tolyn. Ypačiai gerai veikia prie liaukų tuberkuliozo: iš šešių ligonių trys visai pagijo, 2 mažai gydyti pasitaisė ir vienas be sekmių.

4 kaulų tuberkuliozo atsitikimuosė (kombinacijos su tuberkulinu) 3 pagijo, 1 pagerėjo (gydymas nebaigtas). Autorius duoda tokią lentelę gydymo kryzolganu: 28 ligonių sergančių plaučių tuberkuliozu.

I stadija. 11 ligonių: nepasitaise — 1; mažai pasitaisė 3; gerai pasitaisė — 3; kliniškai pagijo — 4; komplikacija (keratitas) mažai pasitaisė.

II stadija. 9 ligoniai: nepasitaisė — 2, mažai pasitaisė — 1, gerai pasitaisė — 4, kliniškai pagijo 2; komplikacijos (pleuritis) taisosi.

Krysolgas neturi baktericidinių ypatybių — veikia kartu su viso organizmo gydomuoju veikimu; geriausia, kad po kiekvienos injekcijos ligonis galėtų gulėti lovoje 4 dienas. Gydymas kryzolganu, kaip ir salvarsanu, privalo būti kartojamas, bet reikia atsižvelgti į galinti pasireikšti blogą paralelį veikimą — tuomet gydymą reikia sustabdyti, vartojant tuo metu, reikalui esant, tuberkuliną. Po kryzolgano pakeliama didesnė doza tuberkulino. Del didelės reakcijos nuo tuberkulino gali būti sumažinta krysolgano.

Plaučių tubekuliozo gydymą autorius pataria pradėti nuo 0,01 krysolgano; prie išviršinio tuberkuliozo — nuo 0.025 krysolgano. Speciales schemos gydymui nepasiūlyta — reikia daboti reakcijų. Aukščiausia krysolgano doza — 0,02. Tarpai tarp injekcijų — 10 dienų. Injekcijos galį būti subkutaninės ir intraveninės.

Gydymas krysolganu lengvai esąs atliekamas anbulatorinai ir todel duodąs galimybės visiem gydytojam kovoti su tuberkuliozu.

Mot. Nasvytis.

## Otorinolaringologija.

**Prof. Dr. W. Kuemmel** (Heidelberg) **Probatorinė punkcija Sinus frontalis Die Probepunktion der Stirnhoehle.** (Iš Wiener Med. Wochenschr.1921, Nr. 48).

Pasiremdamas savo dešimties su viršum metų prityrimu, Kuemmel rekomenduoja atidarimą iš viršaus Sinus frontalis, jeigu pastarojo zondavimas bei plovimas yra sunkus arba visai negalimas.

Tam tikslui jisai vartojas lanceto formos grąžtelį, kokiu paprastai gręžiama skylės kaulo siuvimui. Grąžtelio skersis (Durchmesser) — 1,7 mm. Patį gręžimą atliekąs vartodamas arba motorą arba paprastą sukamąją rankeną. Tinkamiausia punkcijai vieta autorius skaito 1 cm. aukščiau orbitos krašto ir $^1/_2$ cm. šalia vidurio linijos. Preliminaris įpiovimas esąs nereikalingas. Svarbu, kad grąžtelį kaip galint išlaikius sagitalėj plotmėj. Tuo atžvilgiu pagalbą suteikianti kiek išlenkta metalinė lėkštelė, gerai prigulinti prie gręžimo apylinkės. Per josios 2 mm. didumo skylutę gręžiamas pats kaulas.

Pergręžus išvidinę kaulo sienelę (tabula interna vitrae) įvedama buka bandymų adata (Probepunktiosnadel) daubos turiniui ištirti.

Anestezijai autorius vartojąs Brauno tirpinį, išvirkšdamas jį į odą ir periosteum.

K. savo praktikoj nelaimių neturėjęs (aut. prisipažįsta kartą perduręs užpakalinę daubos sieną su liquor cerebri; laimė komplikacijų nesulaukęs, kitaip būtų, be abejo, atsiradę dauboje pulių I. l.). Orentuotės dėliai autorius pataria rentgenogramos ėmimą pirm daubos aridarymo.

Prof. Dr. Otto Maeyr (Viena). **Apie atsiradimą ir operativį uždarymą fistulos Sinus Highmori—Über die Entstehung und den operativen Verschluss von Kieferhoehlenfisteln.** (Iš to paties šaltinio).

Paprasčiausiomis fistulos atsiradimo priežastimis autorius laiko viršutinių dantų caries, žando traumą nuo dantų ėmimo, Luc-Caldwell ir Cowper'o operacijas.

Tulas palyginamai švarias fistulas (be pūliavimo) autoriui pavyksta uždaryti po pašalinimo pagadintų kaulo dalelių ir plovimo pačios daubos. Šiuo būdu neatsiekus tikslo M. vartojąs šitokią plastiką. Priešpriešiniuose fistulos kraštuose jisai daraąs pirmiausia lanko formos įpiovimus per gleivinę ir periosteum. Abu sluoksniu kartu atskiriąs nuo kaulo ir atverčiąs į fistulą. Tokiu būdu pagamintus liežuvėlius susiuvąs atskirais ketguto dūriais. Paskui, atskyręs gleivinės kraštus nuo periosteum'o, suartinąs ir susiuvąs juos krūvon, kuo būdu gaunama fistulos užlopymas dviem eilėm. Kad pavyktų plastika, esą svarbu, kad siuvant, liežuvėlių kraštai susieitų, neužguldami kits kito.

Prof. dr. O. Kahler (Freiburg i. B.). **Apie operacinį ozenos gydymą** — (Zur operativen Behandlung der Ozaena.) Wiener mediz. Wochenschr. Nr. 48, 1921.

K. pasmerkia įvairius ozenos gydymo metodus, būtent: parafino įčirškimą bei implantaciją po kremzlės arba pertvaros gleivine, implantaciją blauzdikaulio arba rago sklypelių į nosies dugną, autoplastinę riebalinių audinių implantaciją į pertvarą ir t. t. Berods jis pripažįsta tikslingu Lautenschlager'o metodą, nors skiriasi nuo pastarojo nuomonių ozenos patogenezo klausime, o taip pat ir operacijos smulkmenose. K. mano, kad jam pavykęs L'o technikos pagerinimas šiuo būdu. Jis daugumoje atsitikimų, kaip ir L. atidaraąs žando daubas per fossa canina, perpiaunąs stačiai šnervės sieną priešaky conchae inferioris, Hajek'o kalteliu atkertąs ir atskiriąs šalutinę šnervės sieną nuo dugno; viršuje conchae inf. stipriomis žirklėmis perkerpąs sieną horizontalėj plotmėj. Po tokių manipuliacijų pavykstą atstumti šalutines sienas vidurio link, o žemutines kremzles privesti prie pačios pertvaros, ir tuom susiaurinti pačias šnerves sulig reikalo. Kad immobilizavus šalutines šnervių sienas ir priauginus kremzles prie pertvaros, autorius, persiuvąs kaip pačias sienas, taip ir kremzles storu catgut siulu, vartodamas ne perdaug kumpą adatą. Siuvimo darbą autorius atliekąs, įeidamas iš kairiosios žando daubos per kairiąją kremzlę, pertvarą ir dešiniąją šnervę į deš. daubą ir grįždamas per tas pačias struktūras į kairiąją

daubą, kur siūlo galai suveržiami ir sumezgami. Jeigu tereikia susiaurinti tiktai vieną šnervę, tai abu siulo galai atvedami sveikojon šnervėn ir čia sumezgami. Sinechijų atsiradimui palengvinti ir joms sustiprinti K. prieš siūlo pervėrimą šaukšteliu skarifikuojąs kremzlių ir pertvaros susisiekimo vietas.

Autorius savo metodui stataą pliusą už tai, kad siūlą vartojant, jis galįs apatines kremzles prikabinti prie pertvaros žemiau, negu originalėje L'o technikoje. Neigiamąją savo metodo pusę jis numato ašarų latako perkirpime; bet ir šiame atvejy bando raminti kaip save, taip ir skaitytoją, kad iki šiol nė stiktūrų, nė kitų komplikacijų po operacijų neturėjęs. (Iš Hall'es klinikos tenka patirti, kad ašarų latako komplikacijos pasitaiko ir be mažiausios intencijos jį perkirpti J. J.)

Kremzlių prie pertvaros prisiuvimą K. skaito kuone lygiai galimu kaip originalėje Lautenschlaeger'o teknikoje taip, ir Halle's modifikacijoj. (L. atidaro žandų daubas per fossae caninae, iš čia pristumia šalutinę sieną link pertvaros ir per čia atlieka daubos tamponavimą immobilizavimui perkeltos sienos. Halle tą pat atlieka, atidarydamas ir tamponuodamas daubą pro šnervę. J. J.) J. Jonikaitis.

## Odos ir venerinės ligos.

Kapp. **Ueber lokale Therapie der alopecia seborrhoica mit Keratin, insbesondere mit bigevkeratin auf iontophoretischem Wege. — Apie vietinį plikimo gydymą keratinu, ypatingai autokeratiniu, jontoforetiniu metodu.** (Deutsch. med. Wochen. Nr. 11, 1921).

Kaip yra žinoma, plikimas yra labai sunku gydyti. Šioje srityje daug visokių vaistų buvo rekomenduota, tačiau visi jie duodavo paiygint nedidelį teigiamų rezultatų nuošimtį.

Savo straipsnyje autorius nurodo naują plikimo gydymo metodą keratino pagalba. Tam reikalui imama paprastas, laikomas pardavimui keratinas ir su pagalba Ammoniaus jisai praskiedžiamas: Rp. Keratini 7,0 Lig. ammon. caust., Spir. dil. aa ad 100,0.

Tokį skiedinį autorius pradžioje vartojęs kasdieniniam nuplikusių vietų tepimui ir gaudavęs visai pagirtinų rezultatų. Šio būdo yda yra ta, kad ilgai tepimą vartojant gaunamas galvos odos suerzinimas. Kad sumažinus tą pašalinį kenksmingą veikimą, autorius pradėjęs vartoti, kaipo tepalą, tiktai 10-20% pagrindinio skiedinio. Rezultatai buvę lygiai labai girtini, tačiau galų galais ir tepalas, vartojant jį per keletą mėnesių, iššaukdavęs kartais odos suerzinimą. Bet kokiems odos suerzinimams išvengti autorius rekomenduoja įvesti keratiną po oda ketaforezų pagalba.

Tam tikslui keturlinkai sudėtas marlės gabaliukas, įsigėręs aukščiau minėtojo keratino skiedinio, dedamas nuplikusion vie-

jon ir prie jo prisiliečiama katodų; anodas dedamas ant peties ir leidžiama 1 miliampero srovė per 2-3 minutes. — Ligoniai tuojau jaučia ammonijaus skonį.

Veikimo laukui apriboti, autorius įtaisęs tam tikrą bipoliarinį elektrodą, kuris pridedamas tiktai nuplikimo vieton. Be to heterogeninio keratino vietoje autorius pastaruoju laiku ėmęs autogeninį. Keratino skiediniui paruošti jisai pradėjęs imti krenjančius moterų plaukus, o taip pat kirptus vyrų plaukus ir nagus.

Nurodytą metodą vartodamas, autorius gaudavęs visai sekmingų rezultatų, del to ir rekomenduoja šį būdą plikimo gydymui.

W. Treuherz. **Zur Trockenbehandlung der weibliehen Gonorrhoea und des Fluor. — Prie sausojo moterų gonorėjos ir fluor'o gydymo.** (Die Therapie der Gegenwart, Heft 8, 1921).

Apie tikrąjį sausą gydymą galima kalbėti tiktai tada, kada įvesti vaginon arba į cervix medikamentai prasiskiedžia savaime esamame ten sekrete ir tuo būdu sudaro išorinę dezinfekciją. Šiuo tikslu autorius vartoja angliarūkšties žaizdų miltelius Klopfer'io (Klopfersche Kohlensäurewundpulver). Vartojimas toksai:— miltelius įpučiama aparatu vieną kartą į dieną praskiestan vaginon ir vienkart į cervix. Uretroje šie milteliai vartojami modifikuoti, kaipo angliarūkšties lazdelė žaizdoms (Kohlensäurewundstift). Patekę vaginon, milteliai formuoja tuojau stipriai dezinfekuojančių putų, turinčių didį spaudimą; gleivinės gaivumui tas neke nkia.

Sekreto kiekis greitai mažta ir po keletos savaičių sekretas visiškai išnyksta. Gimdos kakliuko sekretas greitai pasidaro laisvas nuo bakterijų.

O. Simmonds. **Diathermie bei Prostatitis gonorrhoica chronica. Diatermija prie chroninio gonoroinio prostatito.** (Mediz. Klin. Nr. 45. 1921).

Autorius praneša apie įdomius Laquer'o tyrimus, kurie rodo, jog diatermija be hipereminio turi dar antibakterinio veiksmo. Todėliai rekomenduojama yra ją vartoti gydant chroninį ganoroinį prastatitą, kuris, kaip yra žinoma, labai sunku gydyti kitais metodais. Siūlomas būdas yra šioks: gerai išvalius žarnų kanalą, išeinamojon žarnon įvedama metalinis elektrodas. Indifirentinis plokščias elektrodas iš Pb arba Sn 12 : 18 ctm. didumo pridedama aukčiaus os pubis taip kad jis gerai būtų prie odos prisilietęs. Toliau leidžiama 1-2 amperų srovę laike 15-30 minučių.

Šiuo būdu gydant, galima pastebėti, autoriaus žodžiais, sekmingų rezultatų jau trims seansams praslinkus. Pilnas pagijimas reikalauja nuo 15-30 seansų.

Saphier, München, **Zur Behandlung des Tripperrheumatismus. Prie triperinio reumatizmo gydymo** (Münch. med. Wochen. Nr. 22, 1921).

Pirmutinioji ir būtinoji sąlyga yra tai kiek galima ankstyba

gydymo pradžia. Yra manoma, jog triperinis reumatizmas dažnai esti poliartikuliarinis ir tiktai tolimesnėje eigoje lokalizuojasi viename sąnaryje. Todėliai abejotinuose atsitikimuose yra rekomenduojama gydymas vesti taip, kaip arthritis gonorrhoica.

Gydoma intramuskuliariais švirštimais: pirmą dieną 3 — 10 $cm^3$ pieno arba daug tikresnių kiaušinio baltimo preparatų. Švirkšti geriau yra į šlaunies raumenų extensor'ių pusėn. Rekomenduojama taip pat švrišKti Gonarginą (10 — 25 mill.) arba 0,5 Arthigon'ą intraveniniai. Tuojau praėjus drugiui arba antrą dieną švirškiama intraveniniai 0,1 Argochrom'o; tuo pat laiku paskiriama vidun — Rp. Natr. salicyl. Urotropini aa 0,5 į dieną 3 kartus.

Toksai gydymo kursas gali būti pakartotas 2 — 3 kart. Be to reikalingas vietinis gonorėjos gydymas ir išmėgintieji fiziniai gydymo metodai: Bier'o metodas, kraštas oras ir t. t. Dargi rami apimtojo sąnario padėtis. *Šimkevičius.*

## Iš Kauno Medicinos Draugijos.

*Posėdis birželio 1 d.*

Priimti į Draugiją nariais šie gydytojai: Matukas, Domarkas, Chidekelis, Bortkevičius, Leščiukaitis, Zacharinas, Šimkevičius, Tumėnienė, Proscevičius, Laurinavičius, Tekorius, Jonas Šliūpas.

Daktarai Jonas Basanavičius ir Jonas Šliūpas išrinkti Draugijos garbės nariais.

Dr. J. Žemgulys parodė ligonę, kuriai prieš 3 savaites buvo padaryta skrandžio rezekcija del karcinomos. Ligonė 46 metų, sirgo jau 5 mėn. Prieš operaciją taip rentgenologiškai, taip kliniškai (navikas buvo perčiuopiamas per pilvo sienas) buvo nustatytas diagnozas. Rasta karcinoma visos curvaturae minoris ir pylori. Išimtas beveik visas skrandis ir dalelė pankreatis, su kuria karcinoma buvo suaugusi. Metastazų tolimesnėse nuo skrandžio limfos liaukose nerasta. Diagnozas patvirtintas mikroskopiškai. Ligonė pasitaisė ir vaikščioja. Pažymėtina, kad, kaip rodo šis atsitikimas, naviko perčiuopiamumas per pilvo sienas, dar nesako, kad atsitikimas yra neoperuojamas.

Dr. J. Žemgulys parodė kitą ligonę 19 m., kuri prieš $3^1/_2$ mėnesius nuodijosi uksusu. Išsidegino stemplę, paskui išsivystė stemplės stenozas, taip kad beprarydavo tik visiškai skystą valgį. Jokio bužo pro burną įvesti nebuvo galima. Buvo padaryta gastrostostomija, pro burną duotas praryti mažiučiukas šratelis, pasietas ant šilko siūlo, paskui šratelis iš skrandžio išimtas pro fistulą, siūlo galai iš burnos ir fistulos surišti. Ant to siūlo buvo maunami vis didesni šratai ir traukiami pro stemplę. Po kelių sav. taip „bužiuojant be galo" pavyko stemplę tiek praplatinti, kad dabar ligonė prarija bet kok valgį. Žinoma, taip lengvai stemplę galima buvo praplatinti del to, kad ji nebuvo dar visiškai užsidariusi. Del to pranešėjas siūlo nepasivėlinti panašiais atsitikimais pradėti gydymą.

Dr. Karuža pasiūlė apsvarstyti jau pirmiau K. M. D-joje keltą klausimą apie medicinos fakulteto branduolio perrinkimą. Daktarai: Pov. Kairiūkštis, Nasvytis, Radzvickas siūlė reikalauti med. fak. branduolio perrinkimo, d-rai Staugaitis, Grinius, Žemgulys, Šileika siūlė nereikalauti, t. y. palikti taip kaip dabar yra. Po ilgų ir gana karštų ginčų didžiuma balsų klausimas pripažintas nesvarstytinu. Dr. Aleknos pasiūlymu balsuotas klausimas, ar taktingai elgėsi K. M. D. atstovai laike med. fak. branduolio sudarymo. Didžiuma balsų nutarta, kad netaktingai.

## Bibliografija.

D. Edvards'o **„Idealioji Kūno Kultūra"** su 15 paveikslų tekste išversta iš rusų kalbos V. Igno. Gan graži, gražiai iliustruota ir atpsausdinta, 39 puslapių (neskaitant paveikslų) knygutė, „Aušros" B-vės leidinys.

Vertimas geras, kalba lengva.

Autorius, gerai suprasdamas kūno kultūros tikslingumą ir reikalingumą, nustato toje knygutėje vispusiško kūno laivinimo kryptį ir duoda pamatinius dėsnius, kurie laiduotų idealinę kūno kultūrą. Knygutėje nurodyti tikri ir sveikatai naudingi kūno mankštinimai kiekvienam žmogui. „Ir ne tik dabartis turės gana pagrindo pripažint praktikuojamųjų mankštinimų racionalumą ir naudą, bet ateitis, per dėkingas laukiamas kartas, šimteriopai atidėkos būsimais amžiais už tai, kad kūnas buvo protingai lavinamas ir mankštinamas".

Knygutė, kaip trumpas fizinio lavinimosi vadovėlis, visų pirma naudinga moksleiviams, valdininkams ir kt. inteligentams.

Jeigu gydytojams kartais tenka pasiūlyti savo pacientams knygų, mokinančių kūno kultūros, tai D. Edvards'o „Idealiąją kūno kultūrą" verta ne tik priminti, bet ir pirmoje eilėje rekomenduoti.

Kuzma.

## Iš ligoninių apyskaitų.

### Karo Ligoninės akių skyriuje 1921 m. (iki 15.X.) padarytų operacijų sąrašas.

Enucleatio bulbi 9, Extractio cataractae 5, Discisio cataractae 1, Discisio cataractae sekundariae 2, Iridectomia optica 4, Ablatio prolaps. iridis 1, Paracentesis corneae 1, Operatio Saemisch 2, Operatio staphylomatis corneae 1, Operatio pterygii 2, Tatouage 11, Operatio strabismi 2, Plastica palpebrarum 9, Operatio entropii 13, Operatio contra ptosim 1, Canthoplastica 7, Operatio tumoris orbitae 1. Operatio tumoris palpebrarum ben. 6 Operatio chalazion 52, Incisio abscessi palpebrarum 5, Exstirpatio sacci lacrimalis 8, Exstirpatio glandulae lacrimalis 9, Excochleatio fistulae sacci lacrimalis 3, Discisio et catheterism.

canal. lacrim. 92, Sutura vuln. conjunctivae 2, Plastica conjunctivae (symblepharon) 1, Thermocausis cornae 1, Eliminatio corporis alieni corneae 12, Expressio follic. trachom 178. Iš viso 441.

Dr. med. P. Avižonis.

**Raud. Kryž. Klinikos ir Poliklinikos akių skyriuje 1921 m. padarytų operacijų sąrašas.**

Enucleatio bulbi 6, Evisceratio bulbi 1, Extractio cataractae 75, Discisio cataractae 12. Discisio cataractae secundariae 42, Iridectomia glaucomatosa 13, Iridektomia optica 31, Ablatio prolapsus iridis 5, Plastica conjunctivalis corneae 1, Paracentesis corneae 6, Operatio Saemich 4, Operatio staphylom. corneae 1, Operatio pterygii 6, Abrasio corneae 1, Tatouage 8, Operatio strabismi 6 Plastica palpebrarum 3, Operatio entropii 50, Operatio ectropii 6, Canthoplastica 29, Tarsectomia 3, Operatio tumoris orbitae 1, Operatio tumoris palpebr. maligni 1, Operatio tumoris orbitae benigni 3, Operatio chalazion 9, Incisio abscessi palpebrae et sac. lacrim. 14, Exstipartio sacci lacrimalis 26, Exstirpatio glandulae lacrim. 2, Excochleatio fistulae sacci lacrim. 2, Discisio et catheterism. canal. lacr. 140, Sutura vuln. conjuncvae 1, Galvanocausis corneae 4, Eliminatio corporis alieni corneae 9, Expresio folliculorum trachomatis 120 Heurteloup 2, Iš viso 643.

Br. med. P. Avižonis.

# Kronika.

× I Lietuvos Gydytojų Suvažiavimo Vykdomasis Komitetas nutarė šaukti II Lietuvos Gydytojų Suvažiavimą 1922 m. gruodžio m. 28—30 d. Iki šiol kai kurios I L. G. Suvažiavimo komisijos dirba ir jau baigia savo darbus, bet yra ir tokių komisijų, kurios savo darbo dar nepradėjo.

× 19 gegužės š. m. Panevėžy įkūrta **Panevėžio Gydytojų Draugija** ir išrinkta laikina valdyba iš 5 asmenų: Dr. Meras (pirmininkas), Dr Golombek Didžiulis, Gusevas ir Gurvičas; Kandidatais dr. Domaševičius ir Bobianskis.

D-jos nariu gali būti kiekvienas gydytojas.

D-jos tikslas: a) Moksliškai — mediciniškas tobulinimas savo narių, b) Medicinos žinių populiarizacija, c) apgynimas profesionalinių savo reikalų, d) pakėlimas sveikatos ir sanitarijos savo krašte ir e) etikos taisyklių saugojimas. Po įregistravimo d-jos įstatai bus viešai paskelbti ir išsiuntinėti apylinkės gydytojams.

× **Centralinė vaikų ambulatorija.** Gegužės 31 dieną 2 val. po piet. tapo iškilmingai atidaryta Centralinė gyd. specialistų ambulatorija. Ši ambulatorija tapo įsteigtą Amerikos Raudonojo Kryžiaus rūpesniu, kuris yra davęs jai instrumentų, aprūpinęs

gydytojais specialistais, suteikęs vaistų. Miesto Valdyba yra suteikusi būtą, jį išremontavusi, įtaisiusi reikalingus baldus.

Ambulatorijos atidengimo ceremonijoj dalyvavo Miesto Burmistras Vileišis, Valdybos nariai: Burba ir Volfas, Soc. aps. skyriaus vedėjas L. Kairiūnaitis, buv. vyriausias Miesto V. gydytojas Mongirdas ir dabartinis K. Grinius; Vyriausias Centralinės ambulatorijos Gydytojas Radzvickas; Amerikos Raudonojo Kryžiaus gail. seselės Miss Erickson ir p-lė Paškevičaitė ir miesto ambulatoriniai gydytojai; be to užprašyti sviečiai.

Ambulatorijos rūmų pašventimo ceremoniją atliko pakviestas Karmelitų parapijos klebonas Šovys.

× **Visuotinas Lietuvos veterinarijos gydytojų suvažiavimas.** Suvažiavimas įvyks Kaune nuo 3—5 liepos 1922 m. Suvažiavimas prasidės VII. 3. 10 val. rytą.

Suvažiaviman kviečiami Veterinarijos Inspekcijos ir Kr. Aps. Ministerijos veterinarijos gydytojai, taip pat privačiai praktikuojantieji.

Dienotvarkė:

1. Susivažiavimo atidarymas ir prezidijumo rinkimai.
2. Pranešimas Veter. Inspekcijos apie bendrą veter. sanit. padėtį.
3. Karo-Vetenarijos skyriaus pranešimas apie veter. sanit. padėtį kariuomenėj.
4. Pranešimai iš vietų.
5. Tolimesnė organizacija kovos priemonių su limpamomis gyvulių ligomis.
6. Įstatymdavystė veterinarijos srity.
7. Veterinarijos fakulteto klausimas.
8. Veterinarijos sričių paskirstimas ir personalo užduotis.
9. Organizacija valdiškų ambulatorijų.
10. Skerdyklų ir produktų priežiūra.
11. Gyvulininkystė: parodos klausimai, zootechnija etc.
12. Profes. veterinarijos gydytotų reikalai: a) organizacija draugijos, b) organo įkūrimas ir c) socialinė ir materalinė veter. padėtis ir t. t.
13. Felčerių klausimas.
14. Sumanymai.

Kiekvienas veterinarijos gydytojas kviečiamas paruošti referatą. Referato temą organizacinė komisija prašo pranešti iki birželio 25 d., kad įtraukus dienotvarkėn. Referatai ir suvažiavimo darbai numatoma atspausdinti.

Atskiri pakvietimai siuntinėjami nebus. Susirinkimo vieta bus paskelbta vėliau.

Organizacinė komisija: **Vet. gyd. P. Mikšys.**
**Vet. gyd. P. Mironas.**
**Vet. gyd. V. Kognovickis.**

---

„VARPO“ Spaustuvė Kaune, Laisvės Aleja 60.

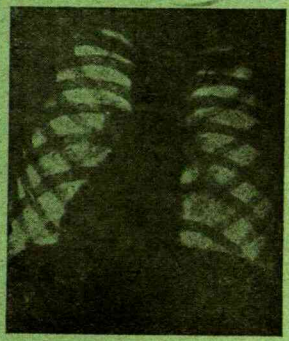
Kauno ligoninėje

Gardino g-vė 67. Tel. 100.

# RENTGENO SPINDULIAIS

daromi

**PERŠVIETIMAI**



plaučių, širdies, pilvo ir kitų organų ligoms pažinti;

## Rentgenofotografijos

galvos, stuburkaulio, galūnių kaulų, o taip pat inkstų ir kitų šlapumo kelių ligoms patikrinti; plaučių džiovai rasti, ar jos nebuvimą patikrinti; stemplės, skrandžio, plaučių, širdies ir t.t.

## Gydymas

Vėžio, chirurginio tuberkuliozo ir įvairių odos ligų (dedervinių, piktšašių—galvos parkų ir kitų).

## Gydymas aukštumų saule

Džiovos, rachito ir kitų ligų.

H.WINDLER
AKTIEN-GESELLSCHAFT
• BERLIN •
FRIEDRICHSTR. 133a

**Chirurginiai instrumentai, operaciniai baldai, bandažai, ortopediniai aparatai, protezai (padirbtos galūnės).**

**Sterilizacijos aparatai ⁂ Klausomieji vamzdeliai**

**Instrumentai ausų, nosies, ryklės ir gerklės operacijoms. Instrumentarijus alveolarinei pioreji gydyti.**
Reikalaukite specialinių katalogų.

Generalinis atstovas Lietuvai:
**E. P. Schneebach'as, Kaunas, Mickevičiaus g. 3.**

# Kauno Medicinos Draug. Fondas medicinos raštams leisti.

Fondo tikslas: leisti medicinos knygos, laikraščiai, brošiūros paveikslai ir p. raštai, kurie tarnautų mokslo tyrinėjimų, mokyklų, visuomenės medicinos, populiarizacijos ir p. reikalams.

Fondo lėšos susidaro:

a) iš aukų metinių, vieno karto, iš užrašų ir palikimų, iš paaukotų knygų ir kitokių daiktų, tinkamų, pav., loterijai ir t. t.

b) iš pardavimo Fondo išleistųjų raštų;

c) iš daromų Fondo naudai paskaitų, kursų vaidinimų, loterijų ir t. t.

Šiuo tarpu Fondas šelpia „Medicinos" laikraštį ir rengia spaudon S. Abramovo higienos vadovėlį vidurinėms mokykloms.

Fondo Pirmininkas: *Dr. K. Grinius.*
Sekretorius: *Dr. J. Žemgulys.*
Iždininkas: *Prof. P. Avižonis.*

„Varpo" b-vės spaustuvė. Kaunas, Laisvės Aleja Nr. 60.